



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Facultad de Ciencias Médicas

Carrera de Medicina y Cirugía

**“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE MEDICINA
BASADA EN EVIDENCIA EN MÉDICOS DEL HOSPITAL “JOSÉ
CARRASCO ARTEAGA”, CUENCA - 2019”**

Proyecto de investigación
previo a la obtención del título
de Médico

Autores:

Jairo Francisco Nolivos Garzón

CI: 1722703350

Correo electrónico: francis_noga@hotmail.com

Marcelo Alexander Pico Aldás

CI: 1722316781

Correo electrónico: chelopikin@gmail.com

Director:

Dr. José Vicente Roldán Fernández

CI:0301581229

Cuenca, Ecuador

30-abril-2020

RESUMEN

Objetivos: determinar los conocimientos actitudes y prácticas de medicina basada en evidencia en médicos del Hospital “José Carrasco Arteaga”, Cuenca - 2019.

Metodología: se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal con una muestra de 164 médicos en funciones hospitalarias, previo consentimiento informado se aplicó el formulario EBPQ-19 validado al castellano; para determinar si existe diferencias estadísticamente significativas entre las variables sociodemográficas y las subescalas del EBPQ se utilizó el test de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis, con un nivel de significancia de $p < 0.05$.

Resultados: los médicos aplican de manera muy frecuente estrategias en MBE para solucionar dudas del conocimiento, tienen una actitud positiva frente a la MBE por lo que creen que es fundamental y poseen un buen nivel en habilidades investigativas y su aplicación a la práctica clínica. Se observan diferencias significativas entre el poseer el grado de especialista ($p=0.001$) al aplicar más frecuentemente estrategias en MBE para cubrir dudas del conocimiento y un buen nivel de habilidades investigativas ($p=0.011$) además, aquellos con más de 5 años de ejercicio profesional ($p=0.025$) en conocimientos y prácticas. El sexo masculino obtuvo resultado significativamente mayor que el femenino en las prácticas en MBE ($p=0.002$)

Conclusiones: La mayoría de los médicos de este estudio presentan un buen nivel de estrategias en MBE para cubrir dudas surgidas en el conocimiento, una actitud positiva hacia la MBE y un buen nivel en la práctica de la MBE. Es necesario realizar evaluaciones constantes en la calidad y eficiencia de la atención brindada al paciente.

Palabras clave: Medicina basada en evidencias. Conocimiento. Actitud. Práctica.



ABSTRACT:

Objectives: to determine the knowledge attitudes and practices in evidence-based medicine in doctors of the “José Carrasco Arteaga” Hospital, Cuenca - 2019.

Methods: an observational, descriptive and cross-sectional study was conducted with a sample of 164 physicians in hospital functions. Prior informed consent was applied form EBPQ-19 validated to Spanish. To determine if there are statistically significant differences between the sociodemographic variables and the subscales of the EBPQ, the Mann-Whitney and Kruskal-Wallis test were used, with a level of significance of $p < 0.05$

Results: doctors frequently apply strategies in MBE to solve doubts about knowledge, have a positive attitude towards MBE so they believe it is essential and have a good level of skills research and its application to clinical practice. Significant differences are observed between having the degree of specialist ($p = 0.001$) when more frequently applying strategies in MBE to approach doubts and a good level of research skills ($p = 0.011$) in addition, those with more than 5 years of exercise professional ($p = 0.025$) in knowledge and practices. The male sex obtained a significantly higher result than the female in the MBE practices ($p = 0.002$)

Conclusions: Most of the doctors in this study present a good level of strategies in MBE to approach doubts regarding clinical knowledge, a positive attitude towards MBE and a good level in the practice of MBE. It is necessary to carry out constant evaluations on the quality and efficiency of the care provided to the patient.

Keywords: Evidence-based medicine. Knowledge. Attitude. Practice.



ÍNDICE

RESUMEN	2
ÍNDICE	4
CLAUSULA DE LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓNEN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL.....	6
CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL	8
AGRADECIMIENTO	10
DEDICATORIA	12
CAPÍTULO I.....	14
1.1. INTRODUCCIÓN	14
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
1.3. JUSTIFICACIÓN.....	18
CAPÍTULO II.....	19
2.1. FUNDAMENTO TEÓRICO	19
CAPÍTULO III.....	29
3.1. OBJETIVO GENERAL.....	29
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	29
CAPÍTULO IV	30
4.1. TIPO DE ESTUDIO	30
4.2. ÁREA DEL ESTUDIO	30
4.3. UNIVERSO Y MUESTRA	30
4.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	30
4.5. VARIABLES	31
4.6. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA RECOLECCIÓN DE DATOS	31
4.7. TABULACIÓN Y ANÁLISIS	34
4.8. ASPECTOS ÉTICOS	35
RESULTADOS	36

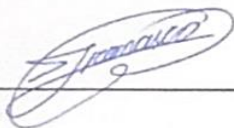


CAPÍTULO VI	54
DISCUSIÓN	54
CAPÍTULO VII	60
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	60
CAPÍTULO VIII.....	62
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	62
CAPÍTULO IX	72
ANEXOS	72
Anexo N°1. Operacionalización de variables	72
Anexo N°2. Técnica de muestreo.....	75
Anexo N°3. Formulario de recolección de datos.....	76
Anexo N°4. Formulario de consentimiento informado.....	79
Anexo N°5. Formulario de validación por juicio de expertos.....	82
Anexo N°6. Versión definitiva de cuestionario EBPQ.....	86
Anexo N°8. Ejemplar de la validación del cuestionario por juicio de expertos.....	90
Anexo N°10. Informe de aprobación del comité de docencia e investigación del Hospital “Vicente Corral Moscoso”.....	95

Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio
Institucional

Yo, Jairo Francisco Nolivos Garzón, en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación "CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE MEDICINA BASADA EN EVIDENCIA EN MÉDICOS DEL HOSPITAL "JOSÉ CARRASCO ARTEAGA", CUENCA – 2019.", de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este proyecto de investigación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 30 de abril de 2020



Jairo Francisco Nolivos Garzón
C.I: 1722703350

Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio
Institucional

Yo, Marcelo Alexander Pico Aldás, en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación "CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE MEDICINA BASADA EN EVIDENCIA EN MÉDICOS DEL HOSPITAL "JOSÉ CARRASCO ARTEAGA", CUENCA – 2019.", de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este proyecto de investigación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 30 de abril de 2020

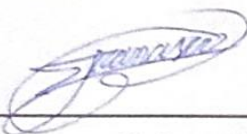


Marcelo Alexander Pico Aldás
C.I: 1722316781

Cláusula de Propiedad Intelectual

Yo, Jairo Francisco Nolivos Garzón, autor del proyecto de investigación: "CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE MEDICINA BASADA EN EVIDENCIA EN MÉDICOS DEL HOSPITAL "JOSÉ CARRASCO ARTEAGA", CUENCA - 2019.", certifico que todas las ideas, opiniones y contenido expuestos en la presente investigación son de responsabilidad de su autor.

Cuenca, 30 de abril de 2020



Jairo Francisco Nolivos Garzón

CI:1722703350

Cláusula de Propiedad Intelectual

Yo, Marcelo Alexander Pico Aldás, autor del proyecto de investigación: "CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE MEDICINA BASADA EN EVIDENCIA EN MÉDICOS DEL HOSPITAL "JOSÉ CARRASCO ARTEAGA", CUENCA - 2019.", certifico que todas las ideas, opiniones y contenido expuestos en la presente investigación son de responsabilidad de su autor.

Cuenca, 30 de abril de 2020



Marcelo Alexander Pico Aldás

CI:1722316781



AGRADECIMIENTO

A Dios por ser el centro de mi vida y enseñarme que, aunque me encuentre en tiempos difíciles no temeré mal alguno porque el estará ahí infundiéndome aliento.

A mi familia, por ser el motor que me impulsó todos estos años a formarme como profesional.

A Marcelo Pico, Erika Espinoza, Guadalupe Castañeda, Elizabeth Valdez, Coralía Loor y Jessica Campoverde por ser un gran ejemplo de amistad y apoyo incondicional en todo momento.

A nuestro director de tesis, Dr. José Roldán Fernández quien a través de su experticia nos guió en el desarrollo y culminación de la investigación.

A la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca y su planta docente por darme la oportunidad de adquirir los conocimientos necesarios para ser un excelente profesional al servicio de la comunidad.

Al Hospital “José Carrasco Arteaga” por permitirnos realizar nuestro trabajo de titulación.

Jairo Francisco Nolivos Garzón



AGRADECIMIENTO

A Dios por darme la vida y la oportunidad de seguir adelante.

A mis amigos que me han acompañado en todo este trayecto universitario y han logrado hacer de este más llevadero.

A mi gran amigo, hermano y compañero de tesis, Francisco gracias por todo el apoyo y empeño que has puesto en la realización de este trabajo.

A nuestro director y asesor, Dr. José Roldán Fernández que con sus conocimientos y guía nos ayudaron a culminar este proyecto de manera satisfactoria.

A la Universidad de Cuenca, a la Facultad de Medicina, a todos los docentes que, con su conocimiento, sapiencia y constancia, motivaron a desenvolverme como persona y profesional.

Al Hospital José Carrasco Arteaga que nos abrió las puertas para llevar a cabo este trabajo de investigación, así mismo a todo el personal médico quien nos apoyó para la realización de este proyecto.

Marcelo Alexander Pico Aldás.



DEDICATORIA

A mi padre Jairo Nolivos, por ser un ejemplo de perseverancia y apoyo incondicional en cada etapa de mi vida.

A mi madre Erika Garzón, por enseñarme el valor de la responsabilidad y brindarme su amor en cada momento.

A mi hermana Michelle Nolivos, por compartirme muchos momentos de alegrías.

A mi sobrina Eimy Velasco, por ser el rayito de luz que alegra nuestros corazones.

A mi abuelita Luz María Jácome, por enseñarme que a pesar de las dificultades se puede salir adelante.

Jairo Francisco Nolivos Garzón



DEDICATORIA

A mi madre, por ser el cimiento más importante y por darme siempre su cariño y apoyo incondicional a pesar de las adversidades.

A mi padre, a pesar de que se adelantó en este viaje llamado vida, siento que estás presente en todo momento.

A mi hermana que me ha enseñado la constancia y dedicación a lo que uno ama.

Marcelo Alexander Pico Aldás

CAPÍTULO I

1.1. INTRODUCCIÓN

Tradicionalmente la toma de decisiones para la atención del paciente se ha fundamentado en los conocimientos adquiridos en el tiempo de estudio del pregrado, en la experiencia adquirida en la práctica clínica y en estudios posteriores de especialización, maestrías y doctorados. Estos han sido los pilares fundamentales para la atención del paciente, su diagnóstico y tratamiento(1).

En la práctica clínica, el médico se encuentra que no todos los signos y síntomas característicos de una patología se encuentran presentes en el paciente lo cual genera duda en la identificación del problema e inseguridad en la toma de decisiones clínicas, ocasionando imprecisión y errores en la atención del paciente (2).

Osler en Inglaterra 1919 afirmó que “la medicina es una ciencia de probabilidades y un arte de manejar la incertidumbre”(3). Frente al problema de la inseguridad en la toma de decisiones (2), el facultativo trata de llenar este vacío del conocimiento a través de la obtención de experiencia práctica, capacitaciones y consultando a otro colega más experto. La información obtenida tiene el riesgo de que no sea lo suficientemente fidedigna, sesgos de preferencia terapéutica, y falta de capacidad para realizar un análisis crítico de la información(1)(4).

Cochrane en Oxford en 1972 publica su libro titulado “Efectividad y eficiencia: reflexiones al azar sobre servicios de salud”, en el la cual aborda la problemática a la falta de orientación y evidencia científica, en conexión a la efectividad de los tratamientos y el uso adecuado de los recursos para el tratamiento en los pacientes, la propuesta del mismo está basada en los principios de efectividad, eficiencia e igualdad, principalmente este propuso la idea de que los ensayos

clínicos aleatorizados son la mejor evidencia disponible en la toma de decisiones en salud, lo cual sienta las bases para la medicina basada en evidencia (MBE)(5).

En 1991 se acuña el termino de MBE por primera vez, quien lo hace es David Sackett en Canadá y la define como el uso concienzudo, explícito y juicioso de la mejor evidencia disponible, la experiencia clínica y los valores de los pacientes para lograr el mejor manejo(6,7).

En 1993 tras la influencia producida por Cochrane y su libro “Efectividad y eficiencia: reflexiones al azar sobre servicios de salud”, en Reino Unido y otros lugares se funda la Colaboración Cochrane bajo la batuta de Iain Chalmers , el principal objetivo de la colaboración es ayudar al personal de salud y a los pacientes a tomar decisiones bien informadas sobre la atención de la salud mediante la preparación, el mantenimiento y la garantía de la accesibilidad de las revisiones sistemáticas de los efectos de las intervenciones de atención de salud(5).

Actualmente, instituciones como la Colaboración Cochrane, National Institute for Health and Care Excellence (NICE) son centros de referencia mundial en la difusión de nuevos conocimientos y enfoques generados a partir de la sistematización del conocimiento existente y así proporcionar la mejor evidencia disponible para el cuidado de la salud(8).

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se tiende a pensar que si un tratamiento es nuevo es mejor, o porque se ha usado por mucho tiempo es inocuo(9). En los años cincuenta se observó el caso de la talidomida, un fármaco que se indicaba para las náuseas y mareos en las embarazadas, como mejor alternativa frente a los barbitúricos y sus efectos adversos, usado en más de 40 países desde su distribución, poco después se registraron miles de recién nacidos con focomelia y otras malformaciones graves, posteriormente el mismo se retiró del mercado(10). Así mismo, el dietilestilbestrol

en el embarazo causó varios tipos de cáncer, que se presentó en las siguientes generaciones y no se demostró evidencia para el cual se prescribía(11).

En la misma época, especialmente en Estados Unidos y Reino Unido se recomendaba que a los lactantes se colocaran en decúbito prono al momento de dormir; la misma que se promovió por varias décadas; esto alegando que prevenía la broncoaspiración y evitaría que se aplane un lado de la cabeza, la cual ocasionó miles de casos de muerte súbita del lactante. Posteriormente, se demostró que esta posición triplicaba el riesgo de fallecimiento y no evitaba el riesgo de broncoaspiración; colocar en supino al dormir disminuyó drásticamente la incidencia(12).

Al no existir una adherencia a las guías práctica médicas que se realizaron basadas en la evidencia provocará una atención mediocre o ineficaz(13). Además, estudios indican que entre el 30-40% de los pacientes recibieron una atención no es acorde con la evidencia científica actual, además ente el 20-25% de la atención brindada no es necesaria o es potencialmente irrelevante(14). Teniendo en cuenta que anualmente a nivel mundial se publican más de 30.000 estudios clínicos controlados, lo cual dificulta mantenerse actualizado y si no se realiza una lectura crítica adecuada se corre el riesgo de tomar decisiones equivocadas(1,15).

En base a lo antes mencionado, se han elaborado programas de formación en MBE para los profesionales de la salud, de tal manera que exista una mejora en las competencias de la misma(16). Por lo cual se han desarrollado instrumentos para conocer las destrezas de los profesionales en el campo de la medicina basada en evidencias(16–19) y así poder identificar posibles áreas débiles en las que intervenir con estrategias metódicas. El Evidence-Based Practice Questionnaire (EBPQ) (17) y la versión validada al castellano del mismo(20), es un instrumento creado con este fin, por lo que en este estudio se pretende determinar si los médicos poseen los conocimientos, actitudes y prácticas en la MBE.

Alshehri, et al. en 2018 en “Knowledge, attitude, and practice toward evidence-based medicine among hospital physicians in Qassim Region, Saudi Arabia” estudio de tipo transversal, se aplicó un cuestionario autoadministrado a 288 médicos de centros de atención secundaria y terciaria revelando así que a manera general hay una buena respuesta frente a la MBE, y es una buena aplicada en la atención al paciente y un 83% de los encuestados expresó que la MBE la utilizaban en su práctica pero, en cuanto a los términos usados en la MBE tenían una comprensión deficiente de términos técnicos(21). Resultados similares se obtuvieron en otros países de Asia(22–24), África(25,26), Europa(27).

El estudio realizado por Segundo, JA. et al, en el 2018: “Conocimientos, actitudes y prácticas de la medicina basada en evidencias en médicos asistentes de un hospital público. Lima- Perú”, con un diseño analítico observacional transversal, utilizaron un instrumento validado que aplicaron en 192 médicos de un hospital público, así demostraron que el conocimiento en MBE es intermedio a bajo en el 60% de participantes, además de una actitud favorable y prácticas correctas en base a la MBE(28).

En el Ecuador, en el año 2015 el estudio realizado por Molina J, et al sobre “Actitudes, conocimientos y habilidades en enfermeras y médicos sobre la práctica clínica basada en la evidencia en la provincia de Imbabura”, de tipo descriptivo transversal aplicado en hospitales del Ministerio de Salud Pública en la provincia de Imbabura, determino que: ambos profesionales tienen actitud positiva hacia la práctica clínica basada en la evidencia; en contraste, los médicos reconocen que usan de manera más frecuente estrategias en MBE que las enfermeras (X^2 : 105,254; $p = 0,018$)(29).

Pregunta de investigación

¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas sobre medicina basada en evidencias de los médicos del Hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca - 2019?

1.3. JUSTIFICACIÓN

- El presente proyecto se enmarca dentro de las prioridades de investigación del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP): Área sistema nacional de salud, línea de investigación: sistemas de información sanitaria, sublíneas: uso, monitoreo y evaluación de los sistemas de información. Además, este trabajo se incluye dentro de la línea de investigación de tecnología de información y comunicación en salud de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca.
- Se pretendía obtener una perspectiva de cómo afrontan la incertidumbre los médicos del Hospital “José Carrasco Arteaga” en la práctica clínica, y de la importancia de la medicina basada en evidencias como un nuevo paradigma en la atención al enfermo.
- Por lo tanto, en cada tratamiento o procedimiento que se realizase se debe tener el fundamento científico para aplicarlo: ¿Cómo lo sabe? ¿existe evidencia científica? ¿Hay respaldo del uso de un medicamento? ¿Se ha demostrado que son mayores los beneficios que los riesgos?
- La comunidad médica, tanto como organizaciones y el personal, son los que se beneficiará directamente con los resultados que se obtendrán, así se conocerá en dónde nos encontramos y hacia dónde vamos; brindando una mejor atención y seguridad al paciente que cursa con la enfermedad.
- La investigación es viable, debido a que se cuenta con los recursos humanos y económicos, además de metodológicamente ser factible de realizarse y operativamente también.
- Los resultados obtenidos en este proyecto de investigación, estarán disponibles en el repositorio digital de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, además de copias dirigidos al director de Hospital José Carrasco Arteaga y al coordinador de investigación. Además, con los resultados obtenidos se pretende publicar en una revista médica de alto impacto.

CAPÍTULO II

2.1. FUNDAMENTO TEÓRICO

Las raíces de la medicina basada en la evidencia (MBE) se remontan a mediados del siglo XVII Thomas Beddoes apoyó la actuación médica utilizando la mejor evidencia posible, él fue crítico con la forma en cómo se ejercía la medicina es ese siglo y afirmó que la medicina se había convertido en un secreto y que eso hacía que esta se paralice y no avance. En el siglo XIX en París, médicos como Louis, Bichat y Magendie, promotores de la “*médecine d’observation*”, que sostenían que los médicos en su práctica asistencial no deberían basar sus decisiones únicamente en su experiencia personal sino también en los resultados de investigaciones que mostraran sus efectos en términos cuantificables. Estas ideas se rescataron a finales de la década de los 60 por un grupo de médicos, de los que cabe destacar David Sackett(1).

En 1992, se forma un grupo de trabajo de MBE, formado por internistas y epidemiólogos clínicos de la canadiense McMaster University, publica un artículo en la revista Journal of the American Association donde se propugna un nuevo paradigma para la práctica de la medicina, el de la MBE, destacando la importancia de basar las decisiones clínicas en las evidencias halladas en la investigación(30). David Sackett publicó en España a finales de 1996 el libro: “Medicina basada en la evidencia. Cómo ejercer y enseñar la MBE”. En él define la MBE como: “La medicina basada en la evidencia es el uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia disponible para tomar decisiones clínicas en individuos enfermos”(31).

Los precursores en este campo reconocían el valor de la experiencia y la intuición, pero también destacaban la necesidad de que el médico aprenda nuevas capacidades como búsqueda de información y de la mejor evidencia utilizable,

formulación de preguntas de investigación bien estructuradas, interpretación de la evidencia recogida(31).

2.1.1. ¿Cómo practicar la medicina basada en evidencias?

Se la puede resumir en los siguientes pasos:

1. **Definición de las preguntas clínicamente relevantes.** Es el paso inicial el cual consiste en identificar la necesidad de información y que esta tenga una relación directa con la toma de decisiones sobre el paciente, en este tipo de preguntas pueden caer en alguna o algunas categorías como: tratamiento, diagnóstico, pronóstico, etiología, daño, perjuicio, prevención, creencias y valores y otros(32).
2. **Búsqueda de la mejor evidencia.** Aquí tras haber definido la pregunta, se buscará por medio de los recursos disponibles en base a la misma previamente creada, al haber una infinidad de fuentes se debe buscar aquellas con un contenido clínicamente relevante y con una evidencia alta(33,34).
3. **Valoración crítica de la evidencia.** Una vez encontrada la información se procederá a hacer una lectura crítica de lo encontrado, valorando críticamente esta evidencia para demostrar su validez, impacto y fiabilidad(33).
4. **Aplicar la evidencia a la práctica clínica.** Al haber concluido el paso previo de la valoración crítica de la evidencia, este paso consiste en integrar la evidencia encontrada a la situación clínica, valores y circunstancias del paciente(33).
5. **Autoevaluación.** La última etapa consiste en autoevaluar la práctica clínica y la capacidad de ejecutar sin complicaciones los pasos previos, así como buscar maneras de mejorarla en caso de que se lo necesite(33).

2.1.2. Tipos de publicaciones y jerarquía de la evidencia

Para responder a las preguntas planteadas y obtener información precisa y fiable es necesario conocer los tipos de estudios que pueden dar la mejor respuesta.

Haynes en New York en 1996, señala que sólo una pequeña parte de los estudios publicados superaría la prueba de una evaluación rigurosa con el suficiente margen para garantizar su aplicación clínica rutinaria(7).

Con relación a los distintos tipos de estudios que se pueden encontrar en la literatura, se ha definido una jerarquía de la evidencia en diferentes niveles. Conforme se sube en el rango disminuye la cantidad de literatura disponible, pero aumenta su relevancia desde el punto de vista clínico. Los niveles de evidencia reflejan el rigor metodológico de los estudios, situándose en el más alto los más rigurosos y menos susceptibles de sesgo. Aunque existen diversas clasificaciones de jerarquías propuestas por diferentes organismos, los niveles en la jerarquía de evidencia en cuanto al rigor del diseño de los estudios, tradicionalmente, han sido los siguientes(4,34) (Gráfico 1):

- **Estudios:** son los estudios tradicionales o piezas de evidencia que están en los diversos dominios clínicos, como ejemplo de este escalón se tiene a los estudios de exactitud, pruebas diagnósticas, estudios de cohorte, casos y controles(33,34).
- **Sinopsis de estudios:** se trata de resúmenes de los estudios del escalón anterior, a los cuales se agregan juicios de valor sobre su validez de la evidencia y otras consideraciones relacionadas al tema del estudio(33,34).
- **Síntesis:** este corresponde a las revisiones sistemáticas que, de modo ordenado, recopilan y sintetizan toda la evidencia que haya en relación a una pregunta estructurada(33,34).
- **Sinopsis de síntesis:** son resúmenes estructurados de las síntesis que al igual que en las sinopsis incluyen juicios de valor sobre su validez, agregando también la pertinencia de las preguntas y las posibles aplicaciones de la síntesis(33,34).
- **Sumarios:** como características de este tipo de estudios se observa que ofrecen información resumida y clasificada por condiciones clínicas además de ofrecer evidencia con procesos de selección, lectura y presentación de variable

calidad, como ejemplos de estos son los libros electrónicos, sumarios de evidencia, guías de práctica clínica(33,34).

- **Sistemas:** estos son el último escalón, son sistemas computarizados que resumen de manera concreta la evidencia actual sobre el problema a buscar y se interconectan con las circunstancias y problemas a través de historias clínicas electrónicas para llegar a una solución, todo esto a base de algoritmos específicos y sistemas de análisis(33,34).

En todos ellos son preferibles las revisiones sistemáticas o meta-análisis, siempre que se puedan aplicar(1).

Al existir demasiadas revisiones o artículos con un buen nivel de evidencia se hace inherente una estrategia de búsqueda para así elegir la mejor evidencia posible, en base al problema que se presente, el sistema PICO ((P) Paciente o problema de interés, (I) Intervención, (C): Comparación. (O) (Outcomes) Resultados) (35–38). Es un formato especializado para desarrollar la pregunta clínica relevante que será la base de la búsqueda de información, el sistema PICO se lo puede resumir en la tabla 1.

Tabla 1. Sistema PICO.

Acrónimo	Descripción
P. Paciente o problema de interés (Population)	Paciente o grupo con una condición en particular, se trata de destacar las características del paciente que puedan contribuir a delimitar la búsqueda de información.
I. Intervención (Intervention)	Manejo o intervención de interés, misma que puede ser terapéutica, preventiva, diagnóstica o de pronóstico
C. Comparación (Comparison).	Se trata de una intervención alternativa con la cual comparar, aunque no siempre se dispone de la misma, en cuyo caso se omite este componente.
O. Resultados	Se trata de las consecuencias relevantes de interés, el

(Outcome)**resultado esperado de la intervención**

Fuente: Landa-Ramírez E, Arredondo-Pantaleón A de J. Herramienta pico para la formulación y búsqueda de preguntas clínicamente relevantes en la psicooncología basada en la evidencia. Psicooncología [Internet]. 15 de diciembre de 2014.

Elaboración: Los autores.

2.1.3. BENEFICIOS

La MBE en la atención al paciente individual, implica además del uso de la mejor evidencia externa disponible, la toma de decisiones compartidas. El paciente se incluye en la toma de decisiones, reconociendo que tiene voluntades, valores y preferencias(39).

Parte de los beneficios de la aplicación de la medicina basada en evidencia es para los paciente que reciben un cuidado superior mejorando así la atención de cada paciente por separado, incrementa la satisfacción laboral de los médicos al cubrir de manera concreta los problemas de cada paciente ,ser entendidos de la investigación que se lleva a cabo y sus resultados a lo largo del tratamiento, aumenta la seguridad del médico de que la toma de decisiones se encuentra apoyada en la evidencia e investigación, además mejora las habilidades del profesional para buscar y analizar críticamente diversas investigaciones(40).

Parte de los beneficios de la MBE es que se ofrece información nueva y sintetizada, supera a los textos ya que la información de estos no es actualizable y hay diferencia entre los años de investigación y la publicación de este, ayuda a tener un juicio crítico de los trabajos de investigación en medicina(40).

2.1.4. DESVENTAJAS Y LIMITACIONES

Las barreras para la MBE según una revisión sistemática, determinó que la falta de recursos, tiempo, conocimiento, habilidades inadecuadas, acceso inadecuado y barreras financieras son las más comunes barreras para la MBE. Encontrados en diferentes niveles de atención, la educación médica, la gestión, el manejo y toma de decisiones(41).

La falta de conocimiento de los profesionales sobre el uso de bases de datos de investigación, el pedir consejo a colegas para solventar dudas y el uso de libros que con el pasar del tiempo se desactualizan, la falta de tiempo, exceso en horas de trabajo, falta de infraestructura adecuada para el acceso, barreras de lenguaje y falta de entrenamiento son también limitaciones de la práctica y aplicabilidad de la MBE(42).

De forma concisa las desventajas de la MBE son el uso de mayor tiempo y esfuerzo para buscar evidencia, la información que se obtiene no posee la calidad como para ser aplicada y la limitación de la independencia profesional(42).

2.1.5. Instrumentos para medir la aplicación de la practica basada en evidencia

Con el surgimiento de la MBE como paradigma para una adecuada práctica clínica se ha introducido en el currículo de los diferentes niveles académicos y así obtener los suficientes conocimientos, habilidades y actitudes. Se hace necesario la creación de instrumentos para evaluar si los métodos y estrategias propuestos son adecuados y de esa manera aumentar las destrezas en la práctica basada en la evidencia(16,43).

En la revisión sistemática realizada por Buchanan et al en el año 2015 en Sur África denominada “Survey instruments for knowledge, skills, attitudes and behavior related to evidence-based practice in occupational therapy: a systematic review”, cuyo propósito fue el de evaluar, identificar y determinar instrumentos para medir los conocimientos, actitudes y prácticas de medicina basada en evidencias. Incluyeron a 35 estudios en donde usaron 34 instrumentos de medición; dos de estos estudios usaron más de un instrumento, 9 usaron instrumentos existentes y el resto modificaron o crearon nuevos. Solamente se identificó ocho instrumentos con buenas propiedades para evaluar los resultados

de aprendizaje en MBE dentro de los cuales se incluye el MBPQ de Upton y Upton(43).

Al aplicar un instrumento este debe tener fiabilidad y validez ya que de esa manera se obtendrá resultados precisos. Además, es limitada la cantidad de estudios en diferentes contextos por lo que se recomienda sean aplicados a todos los profesionales de salud para así poder hacer comparaciones entre grupos y contextos laborales y lograr una visión más holística del conocimiento, actitudes y prácticas en MBE(43,44).

2.1.6. Estudios sobre conocimientos, actitudes y prácticas

Para entender los estudios de conocimientos, actitudes y prácticas se debe dilucidar los conceptos de estas tres palabras:

Conocimientos. Existen diversas posturas y fuentes en cuanto a la definición del conocimiento y su origen(45). Es en la ciencia en donde tiene mayor énfasis y un lugar principal en el desarrollo de la misma; pues así, la Real Academia Española (RAE) la define como: “Conjunto de conocimientos obtenidos mediante la observación y el razonamiento, sistemáticamente estructurados y de los que se deducen principios y leyes generales con capacidad predictiva y comprobables experimentalmente”(46). Siendo el método científico el que permita disminuir la incertidumbre en la toma de decisiones(47).

La enciclopedia de Stanford indica que el conocimiento simplemente no se lo puede encasillar en una sola definición, es más se lo considera como el conjunto de entendimientos, capacidad para imaginar, percibir aspectos particulares de la realidad. El enfoque usual del conocimiento requiere de condiciones necesarias y suficientes, de modo que el conocimiento desde un punto de vista tradicional se lo define como una creencia verdadera justificada, el conocimiento puede ser de dos tipos que dependen de su fuente, el primero a priori o empírico en donde el conocimiento se da sin necesidad de una experiencia previa y requieren solo el

uso de la razón mientras el segundo, o a posteriori donde el conocimiento se da posterior a ciertas experiencias junto con el uso de la razón(48).

Por lo tanto, existen varias teorías de cómo se consigue el conocimiento sobre cualquier tema, el empirismo habla y enfatiza que la experiencia se basa en que la percepción con los cinco sentidos es la clave para adquirir el conocimiento, en contraste el racionalismo indica que el conocimiento es innato o intuitivo y no se basa en la experiencia. Por su parte el constructivismo indica que todo conocimiento se encuentra ya construido y este conocimiento depende de la percepción, convención y experiencia(49).

Actitudes. Termino ampliamente estudiado pero que su definición varía según los autores, una de ellas menciona que es: “una organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva a favor o en contra de un objeto definido, que predispone a una acción coherente con las cogniciones y afectos relativos a dicho objeto”; además, su estructura se la puede dimensionar en cognitiva, afectiva y conductual y así tratar de tener una mejor perspectiva de los hechos(50–52).

Dimensiones de la actitud:

- **Cognitivo:** se refiere al conjunto de datos que la persona tiene sobre el objeto, situación, persona o evento en este componente se hallan los pensamientos y creencias de la persona.
- **Afectivo:** está compuesto por las emociones que produce un objeto, situación o personas y puede ser positivo o negativo y varia en intensidad.
- **Conductual:** consiste en la manera que el sujeto actúa con relación al objeto, situación o persona(50–52).

Prácticas. La RAE la define como: “Conocimiento que enseña a hacer algo”(46), que integrándolo a la ciencia es la manera en que se une la experiencia(53). Es también, una acción observable de cada persona en respuesta a estímulos, se

relaciona concretamente con acciones que se hacen de manera continua que van desde pensamientos hasta habilidades motoras y que a lo largo del tiempo tienden a ser automáticas o sistematizadas(46).

Los estudios sobre conocimientos, actitudes y practicas dan acceso a información tanto cualitativa como cuantitativa, a su vez muestran de manera objetiva el pensar de las personas, lo que la gente sabe, cómo se siente y cómo se comporta en relación a un tema en específico(28). Además, la información que se ofrece a instituciones u organizaciones sirven de base para la creación, ejecución y evaluación de programas de promoción de la salud(54).

Un estudio realizado en Etiopia en 2019 por Worku et al denominado: “Evidence-based medicine among physicians working in selected public hospitals in eastern Ethiopia: a cross-sectional study”, evidencio que en un 88,7% de casos tiene buena actitud hacia la MBE pero solo un 32,3% lo integra a la práctica, y la capacidad de utilizar diferentes fuentes de información, términos técnicos y el integrar nuevas pruebas en la práctica fue deficiente(55).

En la revisión sistemática elaborada por Barzkar et al en 2018 en Irán evaluaron el conocimiento, actitud y práctica en MBE en médicos y las barreras para implementar la MBE. Concluyeron que los médicos tienen una actitud positiva hacia la MBE, pero poco conocimiento y habilidades en la misma; y además, para superar las barreras proponer la introducción de políticas para reducir la carga de trabajo y evaluar la evidencia que se les entrega(42).

En Egipto en 2019, Abdel-Kareem et al evaluaron los conocimientos, actitudes y prácticas de los médicos de los hospitales de la Universidad de Tanta frente a la MBE. Fue un estudio transversal donde aplicaron un cuestionario autoadministrado a 398 médicos. Como resultado obtuvieron que los médicos tienen una actitud positiva, solamente el 10,5% tiene buenos conocimientos en MBE y su práctica es pobre(56). En misma región, Altemani y Altemani en 2018



obtuvieron que de los 68 médicos de atención primaria encuestados, el conocimiento y la actitud fue subóptima(57).

CAPÍTULO III

3.1. OBJETIVO GENERAL

- Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre medicina basada en evidencia en médicos del hospital “José Carrasco Arteaga”, Cuenca - 2019.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Distribuir por características sociodemográficas del grupo de estudio según edad, sexo, nivel de instrucción, año de graduación del pregrado, año de obtención del último título, años de ejercicio profesional, años de ejercicio profesional en el trabajo actual.
- Establecer los conocimientos sobre medicina basada en evidencias del grupo de estudio.
- Identificar las actitudes frente a la medicina basada en evidencias del grupo de estudio.
- Detallar las prácticas sobre medicina basada en evidencias del grupo de estudio.
- Demostrar si existe relación estadísticamente significativa entre las variables sociodemográficas y los conocimientos, actitudes y prácticas en medicina basada en evidencias.

CAPÍTULO IV

4.1. TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio observacional, de diseño descriptivo cuantitativo transversal, el cual permitirá determinar cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas frente a la medicina basada en evidencias en los médicos.

4.2. ÁREA DEL ESTUDIO

La investigación se realizó en el Hospital José Carrasco Arteaga, localizado en la ciudad de Cuenca, perteneciente a la zona de salud 6 del Ecuador.

4.3. UNIVERSO Y MUESTRA

Según el departamento de Talento Humano del Hospital “José Carrasco Arteaga”, Cuenca, se encontraban laborando en la institución un total de 421 médicos, de los cuales solamente 363 laboran en el área hospitalaria, cifra que se tomó de referencia para el cálculo de la muestra. A través del software estadístico EPI DAT 4.2 y la fórmula de una proporción; se trabajó con un nivel de confianza del 95%, frecuencia esperada del 20,6% valor en cuanto a estrategias al realizar una pregunta definida para responder a una laguna del conocimiento en la práctica clínica(29), un margen de error del 5%. Se obtuvieron un total de 149 médicos, adicionando un 10% (quince formularios) de las posibles pérdidas, se generó una muestra de 164 médicos (Gráfico 2).

En cuanto al método para la selección de los sujetos participantes se utilizó un muestreo probabilístico aleatorio simple de la nómina de médicos del hospital (Anexo 2).

4.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

- Inclusión: manifestar el deseo de participar en el estudio y firme el consentimiento informado y que se encuentre en funciones hospitalarias.

- Exclusión: no encontrarse durante el periodo de recolección de datos.

4.5. VARIABLES

- Edad.
- Sexo.
- Nivel de instrucción.
- Año de graduación del pregrado.
- Año de obtención del último título.
- Años de ejercicio profesional.
- Años de ejercicio profesional en el trabajo actual.
- Conocimientos.
- Actitudes.
- Prácticas.

4.6. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

Con la finalidad de desarrollar los objetivos de la investigación se utilizó el método descriptivo, en el cual para la recolección de los datos se aplicó la encuesta de forma personal como técnica más adecuada y el cuestionario como instrumento.

4.6.1. Procedimientos

- Para llevar a cabo la presente investigación, se cumplió con todos los requisitos y solicitudes establecidas por la institución. Se solicitó el respectivo permiso al Coordinador General de Investigación del Hospital “José Carrasco Arteaga”, del Hospital “Vicente Corral Moscoso” y al Consejo Directivo de la Escuela de Medicina.
- Se elaboró el instrumento de recolección de datos, formulario en donde constaban las variables de estudio relacionadas con datos sociodemográficos y, además, las variables propuestas de conocimientos, actitudes y prácticas en MBE. El instrumento constó de dos secciones, en la primera, preguntas de opción múltiple sobre el perfil sociodemográfico y en la segunda sección, el

Evidence-Based Practice Questionnaire (EBPQ)(17) en su versión validada al español en el 2009 en España por De Pedro Gómez et al (20); compuesto de 19 ítems organizados en 3 subescalas con respuestas tipo Likert, desde el uno al siete; una puntuación más alta indica un mayor conocimiento sobre MBE, una actitud más positiva hacia la MBE y un mayor uso (práctica) (Anexo 3).

- El EBPQ-19 luego de someterse a juicio de expertos, se suprimió dos ítems ya que al aplicar la fórmula que se detalla más adelante no se consideraron aceptables.
- La valoración de cada variable del EBPQ se realizó categorizando a las puntuaciones obtenidas para cada ítem y subescala (Tabla 2).
- La supervisión y control del avance de la investigación planteada estuvo a cargo del Dr. José Roldán Fernández, Magister en Investigación en Ciencias de la Salud y Docente de la Escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca.
- En la recolección de los datos, el formulario fue entregado por parte de cada investigador a cada médico. El mismo que fue anónimo y autoadministrado por los individuos objeto de estudio previo consentimiento informado (Anexo 4).

Tabla 2. Calificación de los niveles de conocimiento, actitudes y prácticas(29).

Variable	Calificación	Puntaje
Conocimientos	Muy frecuente	5 – 7 escala Likert
	Frecuente	4 escala Likert
	Poco frecuente	1 – 3 escala Likert
Actitudes	Positivo	5 – 7 escala Likert
	Negativo	1 – 4 escala Likert
Prácticas	Excelente	5 – 7 escala Likert

Medio

4 escala Likert

Pobre

1 – 3 escala Likert

Fuente: Molina Mula J, et al. Actitudes, conocimientos y habilidades de enfermeras y médicos sobre la práctica clínica basada en la evidencia en la provincia de Imbabura (Ecuador). *Enfermería Clínica*. noviembre de 2015;25(6):319-26

Elaboración: Los autores

- La investigación constó de dos etapas:
 - **Primera etapa:** Se realizó una prueba piloto a 30 médicos del Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca, cuya población tuvo características similares con el universo de estudio, y, además, validación del cuestionario por juicio de expertos constituido por cinco docentes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca con maestría en Investigación en Ciencias de la Salud. Con lo que se estimó la fiabilidad y validez de contenido y constructo del instrumento. A continuación, se detalla:

Fiabilidad del instrumento: para la consistencia interna se utilizó el coeficiente alfa de Cronbach, con lo que demostró si el instrumento mide algo de forma reproducible y estable. Por recomendación se consideró en 0,70 el valor mínimo aceptable.

Validez del instrumento: con lo que se determinó el grado en el que el instrumento mide lo que se pretende medir. Para la validación del contenido, se utilizó el modelo cuantitativo de Lawshe(58) el cual propuso que el panel de especialistas evaluadores clasifique a cada ítem del cuestionario en tres categorías de acuerdo a su importancia: “esencial”, “útil pero no esencial” y “no necesario”; posteriormente modificado por Tristán(59) donde se simplifica dicho modelo. Se calculó la razón de validez de contenido para cada ítem, considerando aceptable a los ítems que obtengan una puntuación igual o superior a 0,58; y, además, el índice de validez de contenido el cual debe alcanzar

un valor igual o mayor a 0,5823 reflejando así que el cuestionario es aceptable (Anexo 5).

- **Segunda etapa:** aplicación del instrumento a los médicos del Hospital “José Carrasco Arteaga”.
- Tras la recolección de los datos se revisó la información por los investigadores y posteriormente se ingresó los datos al programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 25.

4.7. TABULACIÓN Y ANÁLISIS

- En el programa SPSS se creó la base de datos, en donde se ingresó los datos registrados a cada ítem del cuestionario de la manera en cómo se proporcionaron.
- Para la presentación de los datos se realizó cuadros simples y compuestos, y gráficos estadísticos: características sociodemográficas y del cuestionario EBPQ-19; Además, de relación entre variables sociodemográficas y conocimientos, actitudes y prácticas en MBE.
- Se efectuó un análisis exploratorio de los datos a través de estadísticos descriptivos para las variables sociodemográficas y del cuestionario EBPQ-19. Para las variables cuantitativas: medidas de tendencia central (media aritmética (\bar{x}) y desviación estándar (DS)) si la distribución es normal o Mediana (Me) y rango intercuartilar (Q1-Q3) en caso de no existir distribución normal; y, frecuencias absolutas (F) y porcentajes (%) para las variables cualitativas. Para las variables continuas la prueba de normalidad se valoró con el test de Kolmogorov-Smirnov.
- Con el propósito de determinar si existe diferencias estadísticamente significativas entre las variables de la sección conocimientos, actitudes y prácticas en MBE y las sociodemográficas que la investigación consideró pertinente, se usó pruebas de contrastación de hipótesis, con un intervalo de confianza del 95%: la U de Mann-Whitney (sin distribución normal) para dos

categorías y test de Kruskal-Wallis (más de dos categorías). Se aplicó un nivel de significancia estadística en $p < 0.05$.

- Los softwares que se utilizaron fueron SPSS 25, EpiDat4.2, Microsoft Office Word y Excel 2016.

4.8. ASPECTOS ÉTICOS

- Para la elaboración de la siguiente investigación se solicitó la autorización al personal del departamento de docencia e investigación del Hospital “José Carrasco Arteaga” (Anexo 9) y del Hospital “Vicente Corral Moscoso” (Anexo 10).
- La información estuvo sujeta a cualquier verificación que se solicite por parte del departamento de docencia e investigación y del comité de bioética de investigación de la salud de la Universidad de Cuenca.
- Tras ser revisado y aprobado el protocolo de investigación por los comités correspondientes se procedió a recolectar la información la cual fue guardada con absoluta confidencialidad.
- Debido al tipo y diseño de estudio a realizar, no conlleva riesgos para los participantes, pero a cada participante se le solicitó un consentimiento informado en el cual se describió la confidencialidad del estudio, objetivos, beneficios, uso y finalidad de los datos; además a cada uno se le asignó un código numérico, evitando la divulgación de datos personales (Anexo 4).
- Las encuestas fueron empleadas únicamente en el presente estudio con fines académicos e investigativos. El acceso a las bases de datos y encuestas fue de exclusividad de los autores, director de tesis, y comité de bioética.
- Las bases de datos y formularios se conservarán en custodia por los investigadores por un periodo de 2 años y una vez transcurrido serán eliminados por los autores.
- El financiamiento de la investigación fue cubierto en su totalidad por los investigadores; además, declaramos que no existe conflicto de intereses.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

A continuación, se detallan los resultados obtenidos de la fase de determinación de fiabilidad y validez del formulario EBPQ y, el análisis de las 164 encuestas aplicadas a médicos del Hospital José Carrasco Arteaga.

Población de estudio.

El universo estuvo constituido por 421 médicos que laboran en el Hospital José Carrasco Arteaga en la ciudad de Cuenca – Ecuador, se excluyeron 58 médicos por encontrarse en funciones administrativas, obteniéndose un total de 363 médicos en funciones hospitalarias, de los cuales la muestra fue constituida por 164 médicos seleccionados por muestreo probabilístico aleatorio simple.

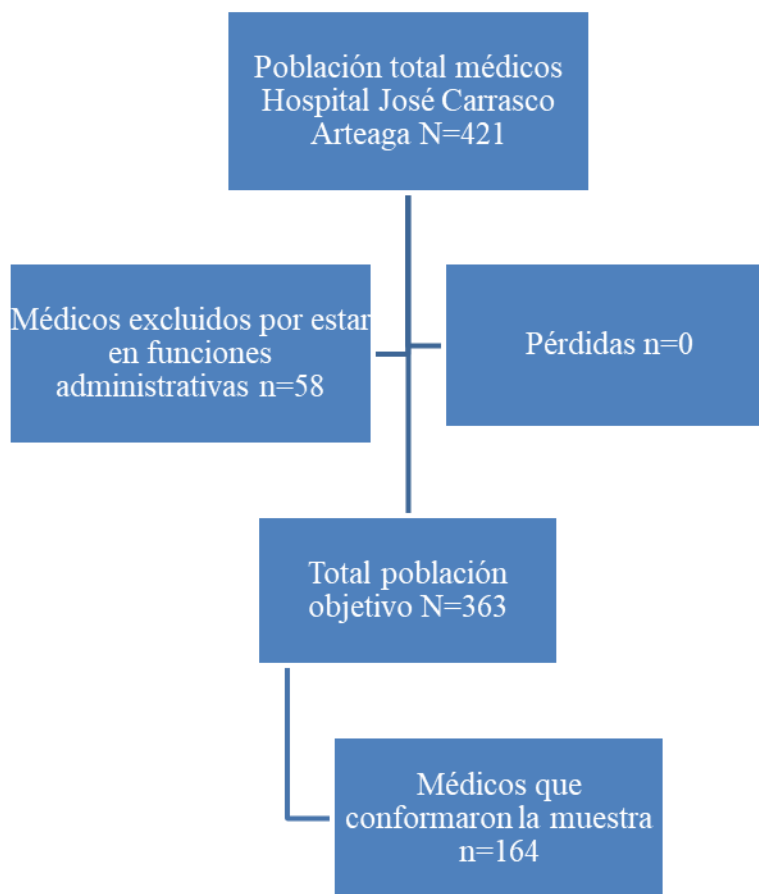


Gráfico 3. Flujograma población objetivo.

Validación de contenido del EBPQ por juicio de expertos.

Se entregó el formulario EBPQ a 5 docentes con maestría en Investigación en Ciencias de la Salud de la Universidad de Cuenca, quienes se encargaron de emitir su criterio para cada ítem del formulario, eligiendo entre tres categorías de acuerdo a su importancia: “esencial”, “útil pero no esencial” y “no necesario”; y, además, su recomendación para cada ítem (Anexo 8).

La Razón de validez de contenido es la proporción de acuerdos en la categoría esencial, respecto del número total de evaluadores y, el índice de validez de contenido es el promedio de todas las razones de validez de contenido del formulario(59).

Se eliminaron aquellos ítems cuya razón de validez de contenido fuera menor a 0,58. El listado inicial constaba con 19 ítems y, que tras esta fase se eliminó el ítem 4 y 7 por obtener ambos 0,4 en la razón de validez de contenido. Se calculó el índice de validez de contenido el cual obtuvo un valor de 0,8941, mismo que determina que el cuestionario es aceptable. En la tabla 3, se expone los valores obtenidos en cada ítem.

Las recomendaciones emitidas por los expertos tras la revisión del cuestionario consideran necesario modificar el mismo en los siguientes aspectos:

- Redacción y ortografía.
- Terminología: debido a que es un cuestionario traducido y adaptado al castellano de España, existen términos que en nuestro medio produce confusión al momento de interpretar y resolver la pregunta.

Tabla 3. Validación del EBPQ-19 por juicio de expertos.

ITEMS FORMULARIO EBPQ-19	Docentes que consideran “esencial” el ítem (N=5)		RVC*
1. Soy capaz de formular una pregunta de búsqueda claramente definida como el principio del proceso para cubrir esta duda.	4		0.8
2. Busqué la evidencia relevante después de haber elaborado la pregunta.	5		1
3. Evalué críticamente, mediante criterios explícitos, cualquier referencia bibliográfica hallada.	4		0.8
4. Integré la evidencia encontrada con mi experiencia	3		0.6
5. Evalué los resultados de mi práctica.	2		0.4‡
6. Compartí esta información con mis colegas.	4		0.8
7. Me sienta mal que cuestionen mi práctica clínica. / Recibo de buen agrado preguntas sobre mi práctica.	2		0.4‡
8. La práctica basada en la evidencia es una pérdida de tiempo. / La práctica basada en la evidencia es fundamental para la práctica profesional.	4		0.8
9. Me aferro a métodos probados y fiables más que cambiar a cualquier cosa nueva. / He cambiado mi práctica cuando he encontrado evidencia al respecto.	3		0.6
10. Habilidades para la investigación.	5		1
11. Habilidades con las tecnologías de la información.	5		1
12. Monitorización y revisión de las habilidades prácticas.	4		0.8
13. Conversión de mis necesidades de información en preguntas de investigación.	5		1
14. Estar al día en los principales tipos de información y sus fuentes.	5		1
15. Conocimiento de cómo recuperar evidencia de distintas fuentes.	5		1
16. Capacidad de analizar críticamente la evidencia mediante criterios explícitos.	5		1
17. Capacidad de determinar la veracidad del material encontrado.	5		1
18. Capacidad de determinar la utilidad del material encontrado (aplicabilidad clínica).	5		1

19. Capacidad para aplicar la información encontrada a casos concretos.	5	1
	IVC†	0.8941

*RVC, Razón de validez de contenido

†IVC, Índice de validez de contenido

‡Razón de validez <0,58

Fuente: Formularios de validación por juicio de expertos.

Elaboración: Los autores.

Fiabilidad del instrumento.

Se realizó el pilotaje a 30 médicos del Hospital Vicente Corral Moscoso. Al realizar el estadístico para determinar la consistencia interna se obtuvo un alfa de Cronbach por ítem, por las subescalas de conocimiento, actitud y práctica, y el total de la escala, siendo 0,859 el total y un intervalo de confianza del 95% de (0,773-0,923). Además, el coeficiente alfa fue adecuado para la subescala de conocimientos ($\alpha=0.856$ IC 95%=0.759-0.923) y prácticas ($\alpha=0.860$ IC95%= 0.772-0.924). Al contrario, la subescala de actitud presenta un coeficiente alfa menor a lo esperado.

Por lo tanto, el cuestionario es aceptable ya que el valor alfa total es mayor a 0,70 que es el valor mínimo (ver tabla 4).

Tabla 4. Estadísticos de fiabilidad del EBPQ-19.

Subescala	N° de ítems	Alfa de Cronbach	IC 95%
Conocimiento	6	0.856	0.759-0.923
Actitud	3	0.685	0.423-0.840
Práctica	10	0.860	0.772-0.924
Total	19	0.859	0.773-0.923

Fuente: Formulario de recolección de datos pilotaje.

Elaboración: Los autores.

El alfa de Cronbach obtenido si se suprimiera un ítem del formulario no demostró un aumento significativo en el valor final del alfa (ver tabla 5).

Tabla 5. Estadísticas de fiabilidad si se elimina un ítem del formulario EBPQ-19.

ITEMS FORMULARIO EBPQ	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
1. Soy capaz de formular una pregunta de búsqueda claramente definida como el principio del proceso para cubrir esta duda.	0.847
2. Busqué la evidencia relevante después de haber elaborado la pregunta.	0.838
3. Evalué críticamente, mediante criterios explícitos, cualquier referencia bibliográfica hallada.	0.851
4. Integré la evidencia encontrada con mi experiencia	0.843
5. Evalué los resultados de mi práctica.	0.842
6. Compartí esta información con mis colegas.	0.857
7. Me sienta mal que cuestionen mi práctica clínica. / Recibo de buen agrado preguntas sobre mi práctica.	0.874
8. La práctica basada en la evidencia es una pérdida de tiempo. / La práctica basada en la evidencia es fundamental para la práctica profesional.	0.866
9. Me aferro a métodos probados y fiables más que cambiar a cualquier cosa nueva. / He cambiado mi práctica cuando he encontrado evidencia al respecto.	0.846
10. Habilidades para la investigación.	0.852
11. Habilidades con las tecnologías de la información.	0.857
12. Monitorización y revisión de las habilidades prácticas.	0.854
13. Conversión de mis necesidades de información en preguntas de investigación.	0.849
14. Estar al día en los principales tipos de información y sus fuentes.	0.857
15. Conocimiento de cómo recuperar evidencia de distintas fuentes.	0.852
16. Capacidad de analizar críticamente la evidencia mediante criterios explícitos.	0.849
17. Capacidad de determinar la veracidad del material encontrado.	0.847

18. Capacidad de determinar la utilidad del material encontrado (aplicabilidad clínica).	0.852
19. Capacidad para aplicar la información encontrada a casos concretos.	0.853

Fuente: Formulario de recolección de datos pilotaje.

Elaboración: Los autores.

7.4. Características sociodemográficas de los médicos.

Tabla 6. Distribución de 164 médicos. HJCA, Cuenca 2019, según características sociodemográficas.

VARIABLES	n	%=100	Mediana	P25-P75
Edad				
<30	43	26,20%		
30 - 39	68	41.50%		
40 - 49	36	22.00%		
50+	17	10,40%		
Total	164		34	29-43
Sexo				
Masculino	76	46.34%		
Femenino	88	53.66%		
Total	164		-	-
Instrucción				
Superior	76	46.34%		
Especialidad	72	43.90%		
Maestría	13	7.93%		
Doctorado	3	1.83%		
Total	164		-	-
Años transcurridos de graduación del pregrado				
<= 5	61	37.20%		
6 - 10	33	20.12%		
11+	70	42.68%		
Total	164		9	4-18
Años transcurridos de obtención del último título				
<= 5	103	62.80%		
6 - 10	31	18.90%		

11+	30	18.29%		
Total	164		4	3-9
Años de ejercicio profesional				
<= 5	75	45.73%		
6 - 10	32	19.51%		
11+	57	34.76%		
Total	164		6	3-15
Años de ejercicio profesional en el trabajo actual				
<= 5	120	73.17%		
6 – 10	27	16.46%		
11+	17	10.37%		
Total	164		2	1-6

Fuente: Base de datos.

Elaboración: Los autores.

Interpretación: De los 164 médicos participantes del estudio, hay una mayor presencia de médicos que comprenden una edad menor a 40 años (n=111, 67.70%) con una mediana de 34 años, el sexo femenino (n=88, 53.66%) representa la mayor cantidad de encuestados; respecto a la instrucción el (n=76, 46.34 %) corresponde a superior, en contraste aquellos con doctorado son muy pocos (n=3, 1.83%). Los años transcurridos desde la graduación del pregrado (n=70, 42.68%) han sobrepasado los 11 años desde la graduación; mientras que, los años transcurridos desde el último título (n=103, 62.80%) son un número considerable de médicos que no supera los 5 años. En los años de ejercicio profesional se observa que 103 médicos (45,73%) tiene menos de 5 años de ejercicio profesional, así mismo se observa que en años de ejercicio profesional en el trabajo actual gran mayoría (n=120, 73.17%) ha trabajado menos de 5 años en la institución; mientras que, solo un pequeño grupo (n=17, 10.37%) supera los 11 años en la misma institución.

7.5. Conocimientos, actitudes y prácticas en MBE.

Tabla 7. Estadísticos descriptivos de cada ítem del EBPQ (N = 164).

Ítems	Media	Mediana	Desviación estándar	Percentiles 25 75	
Conocimientos					
Pregunta claramente definida de búsqueda	5.88	6.0	1.192	5.0	7.0
Indagación de evidencia de esta pregunta	5.75	6.0	1.260	5.0	7.0
Evaluación crítica y con criterios explícitos de la bibliografía	5.54	6.0	1.215	5.0	6.0
Integración de la evidencia a mi experiencia	5.60	6.0	1.304	5.0	7.0
Compartir información con colegas	5.38	6.0	1.587	5.0	7.0
Actitudes					
MBE es pérdida de tiempo vs MBE fundamental práctica profesional	6.60	7.0	.964	7.0	7.0
Uso de métodos probados vs nuevos	6.13	6.0	1.081	6.0	7.0
Prácticas					
Habilidades de investigación	4.81	5.0	1.122	4.0	6.0
Habilidades TIC	5.20	5.0	1.050	5.0	6.0
Revisión habilidades prácticas	5.19	5.0	1.165	5.0	6.0
Conversión de necesidades de investigación en preguntas de investigación	5.16	5.0	1.151	5.0	6.0
Estar al día	5.31	5.0	1.159	5.0	6.0
Recuperar evidencia	5.10	5.0	1.106	4.0	6.0
Analizar críticamente la evidencia mediante criterios explícitos	5.37	6.0	1.052	5.0	6.0
Determinar la veracidad del material	5.39	6.0	1.060	5.0	6.0
Aplicabilidad clínica	5.65	6.0	.931	5.0	6.0
Aplicación a casos concretos	5.74	6.0	.848	5.0	6.0

Fuente: Base de datos.

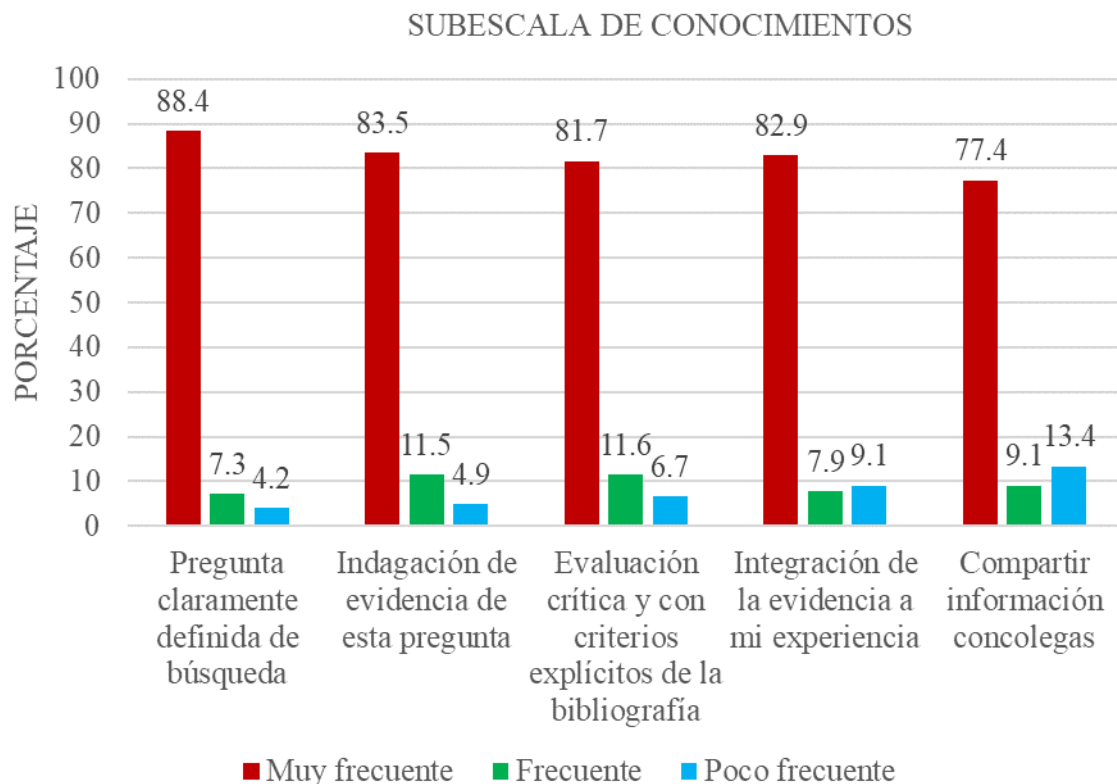
Elaboración: Los autores.

Interpretación: Con respecto a los conocimientos del total de encuestados la pregunta de la búsqueda de información claramente definida presenta una mayor media (5,88), pero el 75 % de respondientes seleccionan la puntuación de 7 que es la más alta de la escala. Mientras que los médicos que comparten de manera espontánea los conocimientos de búsqueda con sus colegas; obtuvieron una media de 5,38/7 pero el 75% de encuestados eligen la máxima puntuación.

En la subescala de actitud, con una media de 6,60 la mayor parte de encuestados está acorde en que la práctica de la MBE es fundamental para la práctica médica. Un promedio de 6,13/7 se obtuvo en donde los médicos tienden a cambiar su práctica en caso de encontrar nueva evidencia al respecto y además el 75% eligen la máxima puntuación.

Referente a las prácticas, la menor puntuación que se obtuvo fue para las habilidades de investigación con una media de 4,81, en tanto que con una media de 5,65 y 5,74 los médicos determinan la aplicabilidad clínica del material encontrado y para casos concretos respectivamente. Por último, el 75% de encuestados puntúan 6/7 para cada uno de los ítems de esta subescala.

Tabla 8. Distribución agrupada de cada ítem de la subescala de conocimientos del EBPQ en 164 médicos. HJCA, Cuenca 2019.

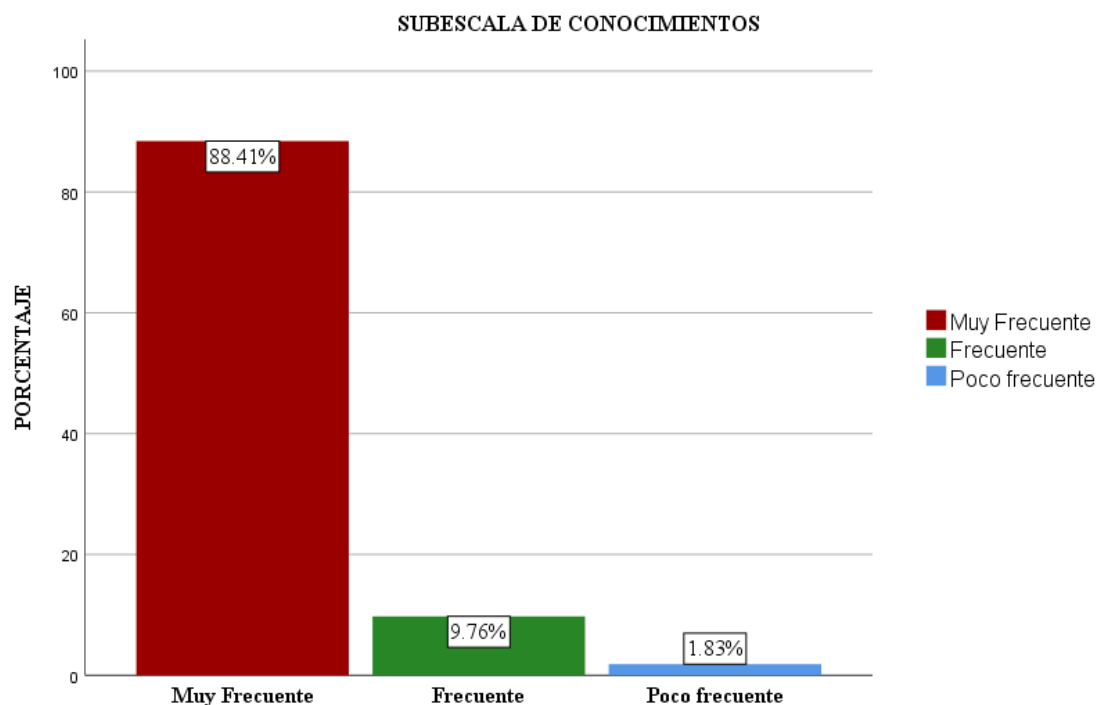


Fuente: Base de datos.

Elaboración: Los autores.

Interpretación: En el análisis de ítems de la categoría de conocimientos se puede observar claramente que la mayoría de médicos puede definir una pregunta de búsqueda (88,4%), en tanto un 13,4% afirma que de manera poco frecuente comparte la información con colegas. Además, para cada ítem de la subescala califican como muy frecuente sus conocimientos en MBE.

Tabla 9. Distribución agrupada del puntaje total de la subescala de conocimientos del EBPQ en 164 médicos. HJCA, Cuenca 2019.

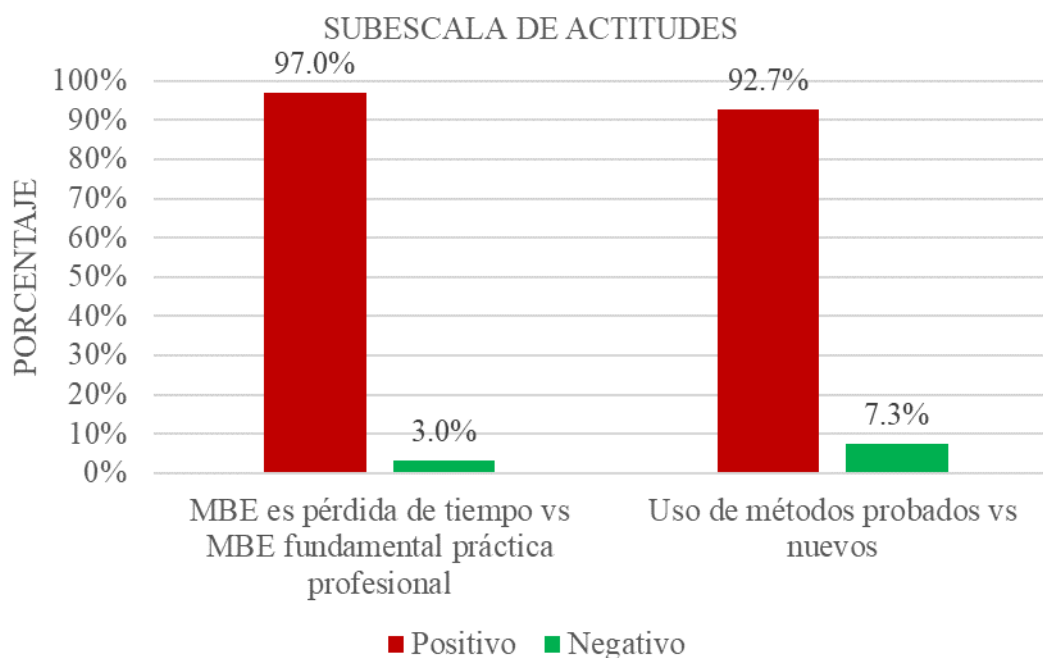


Fuente: Base de datos.

Elaboración: Los autores.

Interpretación: Se observa que los conocimientos en MBE de acuerdo las categorías de muy frecuente, frecuente y poco frecuente, esta últimas e la que menor porcentaje obtuvo (1,83%) con respecto a la subescala. Por lo tanto, los médicos consideran que de manera muy frecuente elaboran preguntas de búsqueda claramente definidas para cubrir dudas en el conocimiento, buscan evidencia, evalúan críticamente, lo integran con su experiencia y comparten con sus colegas.

Tabla 10. Distribución agrupada de cada ítem de la subescala de actitudes del EBPQ en 164 médicos. HJCA, Cuenca 2019.

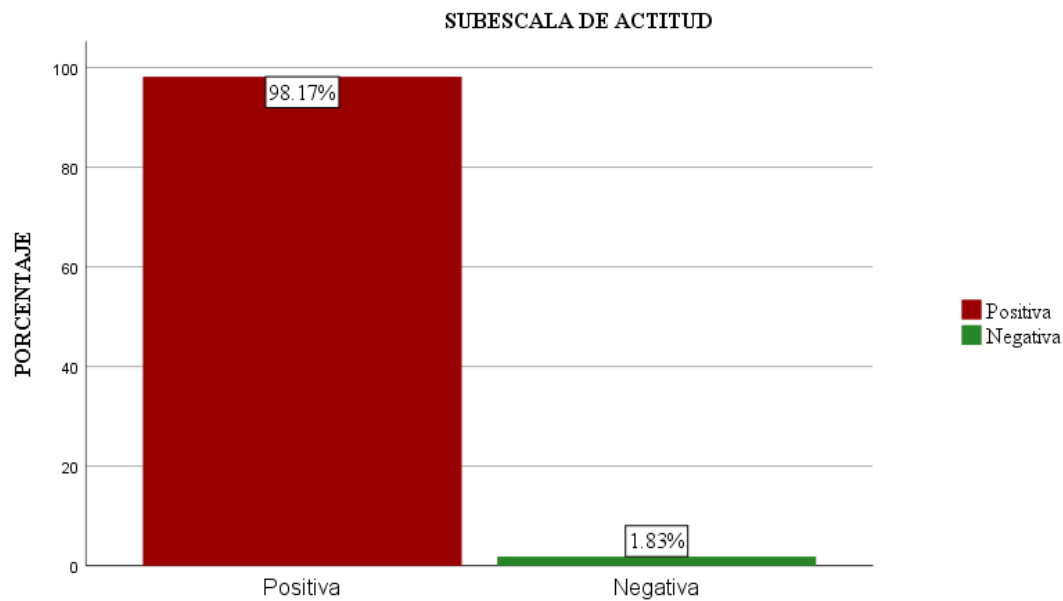


Fuente: Base de datos.

Elaboración: Los autores.

Interpretación: En la subescala de actitudes los respondientes consideran que la MBE es fundamental para la práctica profesional y el uso de métodos nuevos con evidencia y, además, con más del 90% con actitud positiva en ambas preguntas,

Tabla 11. Distribución agrupada del puntaje total de la subescala de actitudes del EBPQ en 164 médicos. HJCA, Cuenca 2019.

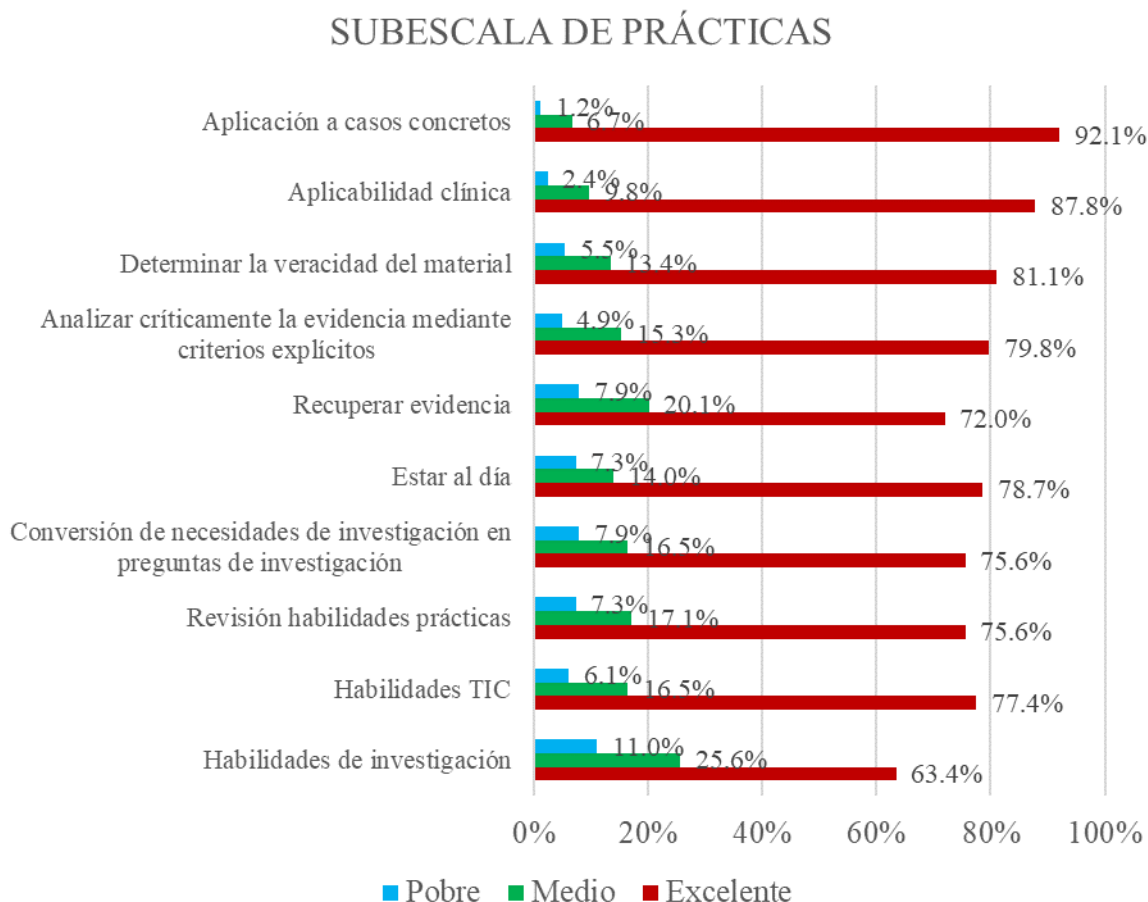


Fuente: Base de datos.

Elaboración: Los autores.

Interpretación: De manera general se observa que solamente el 1,83% de médicos tienen una actitud negativa hacia la MBE; por lo tanto, hay una buena aceptación del paradigma de la MBE.

Tabla 12. Distribución agrupada de cada ítem de la subescala de prácticas del EBPQ en 164 médicos. HJCA, Cuenca 2019.

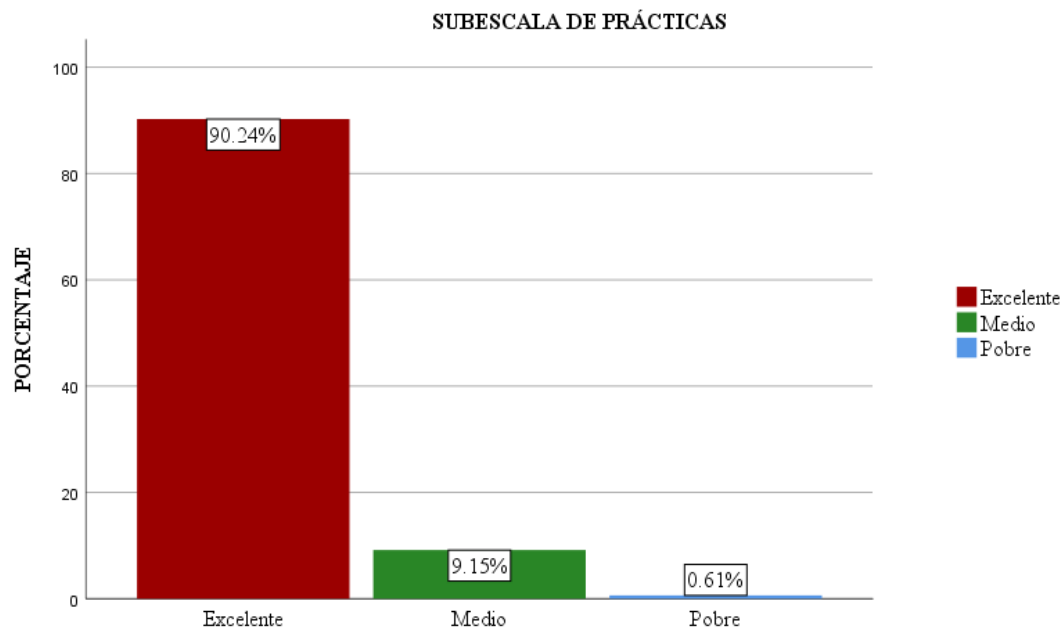


Fuente: Base de datos.

Elaboración: Los autores.

Interpretación: En la subescala de práctica se observa que el 92,1 % de médicos aplica la MBE en casos concretos de manera excelente, seguido de un 87,8 % de médicos que sobresalen en la aplicabilidad clínica de la MBE en el mismo rango. En contraposición, el puntaje más bajo obtenido por los respondientes es un 1,2% sobre la aplicación de la evidencia encontrada a casos concretos, siendo pobre para su práctica.

Tabla 13. Distribución agrupada del total de la subescala de prácticas del EBPQ en 164 médicos. HJCA, Cuenca 2019.



Fuente: Base de datos.

Elaboración: Los autores.

Interpretación: Se observa que el 90.24% de médicos tienen practicas excelentes y solamente un 0,61% de médicos es pobre su práctica en cuanto a habilidades para la investigación, búsqueda de evidencia relevante y su aplicabilidad clínica.

Tabla 14. Distribución agrupada de cada subescala del EBPQ en 164 médicos. HJCA, Cuenca 2019.

SUBESCALAS	n	%=100	Media	Desviación estándar
Conocimientos				
Muy Frecuente	145	88.4%		
Frecuente	16	9.8%		
Poco frecuente	3	1.8%		
Total	164	100.0%	5.63	1.312
Actitudes				
Positiva	161	98.2%		
Negativa	3	1.8%		
Total	164	100.0%	6.365	1.023
Prácticas				
Excelente	148	90.2%		
Medio	15	9.1%		
Pobre	1	0.6%		
Total	164	100.0%	5.292	1.064

Fuente: Base de datos.

Elaboración: Los autores.

Interpretación: En cada una de las subescalas del EBPQE y su categorización, existe una mayor cantidad de médicos que manera muy frecuente elaboran correctamente preguntas de investigación para solucionar dudas del conocimiento, integrarlas a su práctica y compartir con colegas. Su actitud hacia la MBE es positiva y en cuanto a sus habilidades para la investigación y su aplicación en la práctica clínica tiende a ser excelente.

Tabla 15. Características de los médicos según su puntaje en conocimientos, actitudes y prácticas del EBPQ (N=164).

VARIABLES	n (%)	Conocimiento		Actitud		Practica		Total	
		Mediana	p	Median a	p	Mediana	p	Median a	p
Edad									
< 30	43 (26.2)	28.0	0.091	13.0	0.60 6	54.0	0.413	95.0	0.322
30 - 39	68 (41.5)	29.0		14.0		53.0		94.0	
40 - 49	36 (22.0)	30.0		13.0		54.5		97.0	
50+	17 (10.4)	30.0		13.0		56.0		97.0	
Sexo									
Masculino	76 (46.3)	30.0	0.214	13.0	0.60	56.0	0.002	97.5	0.010
Femenino	88 (53.7)	28.0		13.0	6	53.0	*	93.0	*
Grado profesional									
Residente	76 (46.3)	28.0	0.001	13.0	0.13	52.5	0.011	93.5	0.002
Especialista	88 (53.7)	30.0	*	14.0	0	54.5	*	98.0	*
Años desde la graduación									
< 20	135 (82.3)	29.0	0.199	13.0	0.60	54.0	0.209	95.0	0.236
>= 20	29 (17.7)	30.0		13.0	7	56.0		97.0	
Años de ejercicio profesional									
<= 5	75 (45.7)	29.0		13.0		54.0		94.0	
6 - 10	32 (19.5)	30.0	0.025	13.5	0.45	50.5	0.019	91.5	0.016
11+	57 (34.8)	30.0	*	14.0	0	56.0	*	98.0	*

*Estadísticamente significativo, $p < 0.05$

Fuente: Base de datos.

Elaboración: Los autores.

Interpretación: En la tabla de asociación de las variables sociodemográficas con las escalas del formulario EBPQ se puede observar que no hay una diferencias estadísticamente significativa entre los resultados de la edad y las categorías del formulario, pero la mayoría de respondientes se encuentra en el rango de edad entre 30 -39 años (41,5%).

Con respecto al sexo, es poca la diferencia en cuanto al total de respondientes, siendo el femenino un 53,7%. Además, existe una diferencia estadísticamente significativa en cuanto al sexo masculino y femenino en la subcategoría de prácticas ($p = 0.002$) en MBE y al total del cuestionario EBPQ ($p = 0.010$).

El grado profesional hay una mayor presencia de especialistas (53,7%) en relación a residentes; y en cuanto a las categorías del EBPQ existen diferencias estadísticamente significativas entre el grado profesional y las subescalas de conocimientos ($p = 0.001$) y prácticas ($p = 0.011$) en MBE, y el total del cuestionario EBPQ ($p = 0.002$).

No existe diferencia estadísticamente significativa entre los años desde la graduación y el EBPQ y sus categorías, pero se encontró una mayor presencia de médicos graduados hace menos de 20 años (82.3%).

Por último, existen diferencias estadísticamente significativas con respecto a los años de ejercicio profesional y el EBPQ y a las categorías de conocimientos ($p = 0.025$), practicas ($p = 0,019$) y al total del cuestionario ($p = 0.016$).

CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN

El presente estudio muestra el nivel de conocimientos, actitudes y habilidades prácticas en MBE en los médicos de un hospital de especialidades. Cabe destacar que es la primera vez que se aplica el EBPQ en su versión validada al castellano(20) únicamente médicos en nuestra región y contexto. Esto supone un aporte ya que permite tener una visión amplia de la MBE en las distintas ramas de la salud en los cuales se ha aplicado(29,40,60–62).

El EBPQ en este estudio obtuvo una consistencia interna aceptable para los 19 ítems, obtenida a través del coeficiente alfa de Cronbach cuyo valor fue de 0.859 siendo aceptable; además, similares resultados los obtuvo Solís Muñoz en España en 2015(alfa de Cronbach 0.954)(40) y Eid AbuRuz en Jordania en 2017(alfa de Cronbach 0.87)(61) y la versión original por Upton y Upton en EEUU en 2005 (alfa de Cronbach 0.87). En esta investigación el coeficiente alfa para la subescala de actitudes mostró un resultado inferior en relación a las otras subescalas; siendo similares los resultados obtenidos en la validación del EBPQ-19(20). Se midió la fiabilidad de cada ítem si alguno se suprimiese, pero ningún valor afectó significativamente el coeficiente alfa total. La validación por expertos determinó que se suprimiese los ítems 5 y 7 por lo que el coeficiente alfa total no se vio afectado como ya se explicó.

La presente investigación realizada logró conseguir el total del tamaño muestral de médicos (N=164); en contraste el estudio realizado por Molina Mula en la provincia de Imbabura en 4 hospitales especializados obtuvo una respuesta del 63.29% (N=281) donde 152 eran médicos y 129 enfermeras. Cabe mencionar que las encuestas fueron entregadas personalmente a cada médico; al contrario el estudio de Long y Matthews en el que aplicaron el EBPQ de manera electrónica en

médicos perfusionistas y obtuvieron una respuesta solamente del 10.3% (N=383) (60). Frente a estos resultados, al aplicar la encuesta de manera personal puede que exista un mayor compromiso de la persona al llenar la misma frente a quien se hace llegar de manera electrónica.

En cuanto al perfil sociodemográfico, del total de médicos (n = 111, 66.7%) tienen una edad menor a 40 años en comparación al estudio de Bin Briek et al (63), cuyos resultados muestran que un número significativo de médicos (n = 103, 47.9%) tienen una edad menor a 40 años; por lo que, hay una mayor presencia de profesionales jóvenes.

Del total de participantes (n =88, 53.66%) fueron del sexo femenino en contraste con el estudio de Alshehri y Saleh (21) en donde el sexo masculino fue un número significativo (n=229, 79.5%), al igual que en el estudio de Shafiei y Sedaghati (23) en médicos neurólogos donde el 81.4 % de participantes fue de sexo masculino. Por lo tanto, en otros países hay una mayor presencia del sexo masculino en la profesión mientras que en esta investigación no es tan marcada la presencia de un sexo frente al otro.

Con respecto a la instrucción, un número considerable de médicos son especialistas (n = 88, 53.10%), lo que al comparar con el estudio de Bin Briek et al (63) muestra que también hay una mayor presencia de especialistas (n = 167, 77.7%); por lo tanto, existe una mayor presencia de profesionales con mayor grado académico que la encontrada en este estudio.

Del total de médicos que respondieron al cuestionario aquellos con más de 11 años desde la graduación son los de mayor presencia (n = 70, 42.68%), mientras que el estudio de Bin Briek et al (63) con n =148, 68.8% y Capraş et al (64) con n = 132, 77.6% indicaron respectivamente que han transcurrido menos de 6 años desde la graduación en sus poblaciones; por lo que demuestran que hay una mayor presencia de médicos que empiezan su carrera profesional que al contrario

de esta investigación. En relación al número de años transcurridos desde el último título ($n = 103$, 62.80%) tienen menos de 5 años desde la obtención.

Los años de ejercicio profesional en esta investigación muestra que hay médicos ($n = 75$, 45.73%) que tienen menos de 5 años ejerciendo la medicina; al igual que los resultados de Hong y Cheng (65) en médicos de 3 hospitales altamente especializados en Wuhan donde la mayoría de médicos ($n = 52$, 41.6%) tiene menos de 6 años de ejercicio profesional. Se observa que son poblaciones de diferentes contextos, pero donde los facultativos con amplia trayectoria laboral no son frecuentes. En lo referente a los años de ejercicio profesional en el trabajo actual el 73.17% de médicos indica que se encuentra laborando menos de 5 años en la institución. En contraste, Molina Mula et al (29) señala que el 43,8% de facultativos está menos de 5 años laborando en el hospital. Por lo que, existe poca permanencia en el hospital frente a otra población en la que es menor la cantidad de médicos relativamente nuevos.

Con respecto a la subescala de conocimientos del EBPQ indica que aproximadamente más del 80 % de participantes afirma aplicar de manera muy frecuente estrategias en práctica clínica basada en la evidencia para cubrir dudas surgidas en el conocimiento. En cuanto a la capacidad de formular una pregunta de búsqueda claramente definida, indagar evidencia e integrarla a su experiencia, en el estudio realizado por Molina Mula et al (29) en la provincia de Imbabura, señalan que alrededor del 60% de profesionales son capaces de formular una pregunta de búsqueda claramente definida, así como el indagar evidencia médica e integrarla a su experiencia. Por lo que en este estudio es mayor la frecuencia de médicos que aplican estrategias en MBE para cubrir dudas del conocimiento.

En general, al observar las distribuciones agrupadas de las subescalas del EBPQ, la subescala de conocimientos obtuvo una media de 5,88 la cual corresponde a la categoría de muy frecuente de la escala de Likert (5-7 puntos) dando a denotar una buena capacidad para afrontar a dudas del conocimiento aplicando

estrategias de MBE. Mientras tanto el estudio de Molina Mula et al (29) la media en la subescala de conocimientos es 4.405 la cual recae en la mitad de la escala Likert (1-7 puntos) por lo que empiezan a aparecer ciertas limitaciones en la capacidad de cubrir dudas del conocimiento. En España, Solís Muñoz (40) obtuvo una media de 4,2 en esta subescala, que igualmente se ubica en la mitad de la escala Likert (1-7 puntos).

En cuanto a la relación entre las variables sociodemográficas con las subescalas y el total del EBPQ, en la subescala de conocimientos este estudio mostro una diferencia estadísticamente significativa con el grado profesional ($p=0.001$) un mayor puntaje para aquellos que son especialistas, y además, con los años de ejercicio profesional aumentó significativamente el puntaje para aquellos con más de 5 años ($p=0.025$); estas diferencias también las obtuvo Molina Mula et al (29) con los años de ejercicio profesional ($p=0.040$) y grado de profesión ($p=0.018$); igualmente, Alshehri y Saleh (21) con a grado profesional ($p=0.033$) . En contraste, Bin Briek et al (6) no encontraron diferencia estadísticamente significativa con la categoría de conocimientos y variables sociodemográficas.

Al analizar los ítems de la subescala de actitudes del EBPQ se observa que más del 90% de participantes afirman que la practica basada en la evidencia es fundamental para la práctica clínica; además, afirman que han cambiado su práctica al encontrar evidencia nueva; mientras que, Sundberg et al (44) en médicos traumatólogos en Reino Unido, el 80.8% indica que la MBE es necesaria para la toma de decisiones y práctica de la traumatología (76.5%) y además, la mayoría (80.8%) está interesada en aprender o mejorar las habilidades necesarias para incorporar la MBE en su práctica clínica. Por último, Molina Mula et al (29) sobre si la práctica basada en la evidencia es fundamental para la práctica clínica solo el 67,3% lo considera; mientras que, el cambio de práctica clínica en base a nueva evidencia el 69,7 % indica que ha cambiado. Por lo tanto, la magnitud en la que es acogida la MBE es mayor en este estudio.

La relación de las variables sociodemográficas con la subescala de actitudes del EBPQ de este estudio no encontró diferencia estadísticamente significativa. En contraste, Molina Mula et al (29) encontraron diferencia estadísticamente significativa con el sexo ($p=0.029$); y, Bin Biek et al (63) hallaron significancia con la edad ($p=0,001$) en donde los puntajes obtenidos aumentan significativamente con aquellos de mayor edad; así mismo, el puntaje aumentó significativamente con aquellos con 20 años o más desde la graduación ($p=0.015$) y con aquellos médicos que son PhD y médicos certificados ($p=0,034$). El poseer un mayor grado académico y más años de experiencia hacen que el médico posee una mayor relación con el área investigativa y afrontar efectivamente a los retos en la práctica clínica.

En los resultados de este estudio se muestra que un 63,4% de médicos tiene habilidades para la investigación, además, más del 77% afirma estar al día con los principales tipos de información y sus fuentes y pueden determinar si la evidencia encontrada es fiable o no y a su vez aplicarla en su práctica clínica así como a casos concretos, la media global de la subescala de prácticas es de (5.7) por lo que dentro de la escala Likert(5-7) significa una práctica excelente. Al contrario, Molina Mula et al (29) el 56.9% consideran tener habilidades de investigación así como también aplicar lo investigado en la práctica diaria y en casos concretos; y además, su media global en la subescala de prácticas fue de (4,55) lo que significa un bajo puntaje en el cuestionario.

La variable sexo en relación a la subescala de prácticas muestra puntajes significativamente mayores en el sexo masculino ($p=0.001$), en médicos especialistas ($p=0.002$) y aquellos con más de 10 años de ejercicio profesional ($p=0.016$); así mismo, Molina Mula et al (29) señalan que hay diferencia estadísticamente significativa con los años de ejercicio profesional ($p=0.015$) y grado profesional ($p=0.003$). Además, Alshehri y Saleh (21) determinaron que el grado académico ($p<0.001$) tiene una diferencia estadísticamente significativa y



hay una mayor puntuación para aquellos que poseen fellowship y son médicos consultores ($p = 0.006$).

CAPÍTULO VII

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

- De entre los médicos que laboran en el Hospital “José Carrasco Arteaga” el 67.70% (111) son menores a 40 años, el 53,66% (88) son del sexo femenino, una mayor presencia de médicos generales 46.34% (76) seguido de aquellos con especialidad 43.90% (72), médicos con más de 10 años desde la obtención del título de médico 42.68% (70) seguido de los menores a 6 años desde la obtención 37.20% (61), el 62.80% (103) han obtenido su último título en los últimos 5 años independientemente del grado académico, tienen menos de 6 años de ejercicio profesional 45.73% (75) y menos de 6 años de ejercicio profesional en el trabajo actual 73.17% (120).
- Los médicos poseen un buen nivel en cuanto a estrategias en MBE para solucionar dudas surgidas en el conocimiento. Por lo que la capacidad de formular preguntas claramente, indagar evidencia relevante, evaluar críticamente la referencia encontrada, evaluar los resultados y compartir la información con colegas es utilizado muy frecuente por los facultativos.
- Existe una actitud positiva de los médicos hacia la MBE, los cuales afirman que es fundamental para la práctica clínica y que han cambiado su práctica cuando encuentran evidencia al respecto.
- En cuanto a las habilidades en MBE y su aplicación en la práctica clínica, los médicos poseen un buen nivel. La capacidad investigativa, el estar al día en los principales tipos de información y sus fuentes, determinan la aplicabilidad clínica y su aplicación a casos concretos es muy frecuentemente practicado.

- La relación entre las variables sociodemográficas y del cuestionario EBPQ, se encontró que hay relación estadísticamente significativa donde hay un mayor puntaje en la subescala de conocimientos y el grado profesional ($p=0.001$), mayor calificación en especialistas; y, los años de ejercicio profesional para aquellos con más de 5 años ($p=0.025$).
- Para las variables sociodemográficas y la subescala de actitudes no se halló relación estadísticamente significativa.
- Con respecto a la relación de las variables sociodemográficas y la subescala de prácticas se halló puntajes significativamente mayores en el sexo masculino ($p=0.002$), el grado profesional siendo especialista (0.011) y aquellos con más de 10 años de ejercicio profesional($p=0.019$).

Recomendaciones

1. Desarrollar cursos de educación médica en medicina basada en evidencias tanto en el ámbito laboral como en el académico; ya que, al tener una buena formación en metodologías de investigación, adecuada búsqueda y crítica de la evidencia médica encontrada contribuiría a tomar decisiones basadas en la evidencia en la práctica clínica.
2. Promover el uso de estrategias en MBE para cubrir dudas del conocimiento lo cual ayudaría a clarificar el escenario clínico al que se enfrenta el médico con el paciente.
3. Fomentar el uso de procedimientos y tratamientos que posean la suficiente evidencia al respecto y su aplicación a la atención en pacientes.
4. Evaluar constantemente la atención brindada al paciente lo cual ayudaría a identificar elementos que limiten una práctica clínica eficaz y de calidad.

CAPÍTULO VIII

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mayorga Butrón JL, Velasco Hidalgo L, Ochoa-Carrillo FJ. Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia, cerrando la brecha entre el conocimiento científico y la toma de decisiones clínicas. Documento de la serie MBE, 3 de 3. Gaceta Mexicana de Oncología. 2015;14(6):329-34.
2. Gómez de la Cámara A. La medicina basada en evidencias científicas: Mito o realidad de la variabilidad de la práctica clínica y su repercusión en los resultados en salud. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. 2003;26(1):11-26.
3. Serra Valdés MÁ. Sir William Osler: el padre de la medicina moderna. Aportes a la reumatología. Revista Cubana de Reumatología. 2015;17(2):162-8.
4. Heneghan C, Mahtani KR, Goldacre B, Godlee F, MacDonald H, Jarvies D. Evidence based medicine manifesto for better healthcare. Evidence-Based Medicine. 2017;22(4):120-2.
5. Hortiales González AF, Gómez Navarro JA, Barajas Nava LA, Garduño Espinosa J. Archibald Cochrane: evidencia, efectividad y toma de decisiones en salud. Boletín Médico del Hospital Infantil de México. 2017;74(5):319-23.
6. Olmedo-Canchola VH. ¿Cómo ayuda la medicina basada en evidencias en la práctica clínica? Atención Familiar. 2013;20(3):98-100.
7. Sackett D, Rosenberg W, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ. 1996;312:71-2.
8. Alva Díaz C, Aguirre Quispe W, Becerra Becerra Y, García Mostajo J, Huerta Rosario M, Huerta Rosario AC. Has scientific medicine and the EBM program failed? Educación Médica. 2017;(xx).
9. Evans I, Hazel T, Chalmers I, Glasziou P. Cómo se prueban los tratamientos [Internet]. 2.^a ed. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2014. 200 p. Disponible en: <http://es.testingtreatments.org>.

10. Navarro-Michel M. Daños causados por la Talidomida. La batalla legal que no cesa. Comentario a la STS de 20 de octubre de 2015. *Rev Bio y Der.* 2016;37:133-48.
11. Conlon JL. Diethylstilbestrol: Potential health risks for women exposed in utero and their offspring. *Journal of the American Academy of Physician Assistants* [Internet]. febrero de 2017 [citado 2 de octubre de 2019];30(2):49-52. Disponible en: <http://Insights.ovid.com/crossref?an=01720610-201702000-00011>
12. Ramírez LM, González RD, Morera PB. Síndrome de muerte súbita del lactante. *Medicina Legal de Costa Rica* [Internet]. 2018;35(1):10. Disponible en: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v35n1/1409-0015-mlcr-35-01-65.pdf>
13. World Health Organization, Organisation for Economic Co-operation and Development, The World Bank. Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018. 99 p. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272465/9789241513906-eng.pdf>
14. Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *The Lancet* [Internet]. octubre de 2003 [citado 3 de octubre de 2019];362(9391):1225-30. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673603145461>
15. Achilleos H. Beliefs, critical thinking and evidence-based medicine. *BMJ Evidence-Based Medicine* [Internet]. febrero de 2018 [citado 27 de septiembre de 2019];23(1):4-5. Disponible en: <http://ebm.bmj.com/lookup/doi/10.1136/ebmed-2017-110833>
16. Sánchez López M, Sánchez Sánchez J, Aguinaga Ontoso E, Madrigal Torres M, Menárguez Puche J. Docencia en medicina basada en la evidencia (MBE): estrategias y herramientas de evaluación. *Archivos en Medicina Familiar.* 2009;11(1):17-32.
17. Upton D, Upton P. Development of an evidence-based practice questionnaire for nurses. *Journal of Advanced Nursing.* 2006;53(4):454-8.

18. Kaper NM, Swennen MHJ, van Wijk AJ, Kalkman CJ, van Rheenen N, van der Graaf Y, et al. The “evidence-based practice inventory”: reliability and validity was demonstrated for a novel instrument to identify barriers and facilitators for Evidence Based Practice in health care. *Journal of Clinical Epidemiology* [Internet]. noviembre de 2015 [citado 2 de octubre de 2019];68(11):1261-9. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0895435615003054>
19. Jette D, Bacon K, Batty C, Carlson M, Ferland A, Hemingway R, et al. Evidence-Based Practice: Beliefs, Attitudes, Knowledge, and Behaviors of Physical Therapists. *Physical Therapy* [Internet]. 1 de septiembre de 2003 [citado 2 de octubre de 2019];83(9):786-805. Disponible en: <https://academic.oup.com/ptj/article/83/9/786/2805319/EvidenceBased-Practice-Beliefs-Attitudes-Knowledge>
20. Pedro Gómez J de, Morales-Asencio JM, Sesé Abad A, Bennasar Veny M, Ruiz Roman MJ, Muñoz Ronda F. Validación de la versión española del cuestionario sobre la práctica basada en la evidencia en enfermería. *Revista Española de Salud Pública* [Internet]. agosto de 2009 [citado 27 de septiembre de 2019];83(4):577-86. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272009000400009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
21. Alshehri AA, Saleh M. Knowledge, attitude, and practice toward evidence-based medicine among hospital physicians in Qassim Region, Saudi Arabia. *International Journal of Health Sciences*. 2018;12(2):7.
22. Ebadifard Azar F, Rezapour A, Mousavi Isfahani H, Azami-Aghdash S, Kalavani K, Mahmoudi F. Evidence- based medicine performance among health care providers in Iranian hospitals: A nationwide survey. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran* [Internet]. 30 de diciembre de 2017 [citado 27 de septiembre de 2019];31(1):445-50. Disponible en: <http://mjiri.iums.ac.ir/article-1-3988-en.html>
23. Shafiei K, Sedaghati F. Knowledge, attitude, and practices among Iranian neurologists toward evidence-based medicine. 2017;16(1):4.

24. Albarqouni L, Elessi K. Awareness, attitudes and knowledge about evidence-based medicine among doctors in Gaza: a cross-sectional survey. *Eastern Mediterranean Health Journal* [Internet]. 1 de septiembre de 2017 [citado 3 de octubre de 2019];23(9):626-31. Disponible en: http://applications.emro.who.int/emhj/v23/09/EMHJ_2017_23_09_626_631.pdf?ua=1&ua=1
25. Abdulwadud O, Azazh A, Mekasha A, Heye TB, Nigatu B, Debebe F, et al. Cochrane, evidence-based medicine and associated factors: A cross-sectional study of the experiences and knowledge of Ethiopian specialists in training. *African Journal of Emergency Medicine* [Internet]. junio de 2019 [citado 30 de septiembre de 2019];9(2):70-6. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2211419X1830096X>
26. Shehata GM, Zaki A, Dowidar NL, El Sayed I. Critical thinking and attitude of physicians toward evidence-based medicine in Alexandria, Egypt: *Journal of the Egyptian Public Health Association* [Internet]. septiembre de 2015 [citado 27 de septiembre de 2019];90(3):115-20. Disponible en: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=0004765-201509000-00006>
27. Mahmić-Kaknjo M, Kadić D, Hodžić H, Spahić-Sarajlić S, Hadžić E, Ademović E. Awareness, knowledge, use, and attitudes toward evidence based medicine in a developing country: survey of physicians in a canton in Bosnia and Herzegovina. *Croatian Medical Journal* [Internet]. diciembre de 2015 [citado 27 de septiembre de 2019];56(6):558-66. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4707927/>
28. Segundo-Paredes JA. Conocimientos, actitudes y prácticas de la medicina basada en evidencias en médicos asistentes de un hospital público. Lima-Perú. *Rev Perú Investig Matern Perinat* [Internet]. 2018 [citado 30 de septiembre de 2019];7(2):9-15. Disponible en: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/112>

29. Molina Mula J, Muñoz Navarro P, Vaca Auz J, Cabascango Cabascango C, Cabascango Cabascango K. Actitudes, conocimientos y habilidades de enfermeras y médicos sobre la práctica clínica basada en la evidencia en la provincia de Imbabura (Ecuador). *Enfermería Clínica* [Internet]. noviembre de 2015 [citado 27 de septiembre de 2019];25(6):319-26. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1130862115000844>
30. Guyatt G. Evidence-Based Medicine: A New Approach to Teaching the Practice of Medicine. *JAMA* [Internet]. 4 de noviembre de 1992 [citado 6 de octubre de 2019];268(17):2420. Disponible en: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.1992.03490170092032>
31. Castellanos-Olivares A, Vásquez-Márquez PI. ¿Qué es la medicina basada en evidencias? *Revista Mexicana de Anestesiología*. 2016;39(1):236-9.
32. Cabello López JB, Emparanza Knorr JI. Lectura crítica para la práctica basada en la evidencia. En: Cabello López JB, editor. *Lectura Crítica de la Evidencia Clínica*. Barcelona: Elsevier; 2015. p. 7-20.
33. Anza Aguirrezabala I, Asensio López S, González Valverde FM, Ruiz Merino G, Valverde Iniesta JJ, Cinesi Gómez C, et al. *Metodología de la Investigación y Práctica Clínica basada en la Evidencia*. Murcia (Comunidad Autónoma). Consejería de Sanidad, editor. Murcia: Quaderna Editorial; 2015. 220 p.
34. Cabello López JB, Caballo Álvarez F, Ansuategui Zengotitabengoa E, Ubeda Carrillo M. Documentos de evidencia. El sistema 6S. Evidencia a pie de cama (sumario point of care) y guías de práctica clínica. En: Cabello López JB, editor. *Lectura Crítica de la Evidencia Clínica*. Barcelona: Elsevier; 2015. p. 157-79.
35. Landa-Ramírez E, Arredondo-Pantaleón A de J. Herramienta pico para la formulación y búsqueda de preguntas clínicamente relevantes en la psicooncología basada en la evidencia. *Psicooncología* [Internet]. 15 de diciembre de 2014 [citado 6 de octubre de 2019];11(2-3):259-70. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/47387>

36. Moraga C J, Manterola D C, Cartes-Velásquez R, Urrutia V S. ¿Dónde y cómo buscar evidencia científica en medicina? Revista chilena de cirugía [Internet]. septiembre de 2014 [citado 6 de octubre de 2019];66(5):502-7. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262014000500018&lng=en&nrm=iso&tlng=en
37. Martínez Díaz JD, Ortega Chacón V, Muñoz Ronda FJ. El diseño de preguntas clínicas en la práctica basada en la evidencia. Modelos de formulación. Enfermería Global [Internet]. 30 de junio de 2016 [citado 6 de octubre de 2019];15(3):431. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/239221>
38. Ilic D, Nordin RB, Glasziou P, Tilson JK, Villanueva E. A randomised controlled trial of a blended learning education intervention for teaching evidence-based medicine. BMC Medical Education [Internet]. diciembre de 2015 [citado 6 de octubre de 2019];15(1). Disponible en: <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-015-0321-6>
39. Málaga G, Neira-Sánchez ER. La medicina basada en la evidencia, su Evolución a 25 años desde su diseminación, Promoviendo una práctica clínica científica, Cuidadosa, afectuosa y humana. Acta Med Peru. 2018;35(2):121-6.
40. Solís Muñoz M. Competencias en práctica clínica basada en la evidencia de las enfermeras en España. [Madrid]: Universidad Complutense de Madrid; 2015.
41. Sadeghi-Bazargani H, Tabrizi JS, Azami-Aghdash S. Barriers to evidence-based medicine: a systematic review: Barriers to EBM. Journal of Evaluation in Clinical Practice [Internet]. diciembre de 2014 [citado 30 de septiembre de 2019];20(6):793-802. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/jep.12222>
42. Barzkar F, Baradaran HR, Koohpayehzadeh J. Knowledge, attitudes and practice of physicians toward evidence-based medicine: A systematic review. Journal of Evidence-Based Medicine [Internet]. 1 de noviembre de 2018 [citado 19 de febrero de 2020];11(4):246-51. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jebm.12325>

43. Buchanan H, Siegfried N, Jelsma J. Survey Instruments for Knowledge, Skills, Attitudes and Behaviour Related to Evidence-based Practice in Occupational Therapy: A Systematic Review: Evidence-based Practice Survey Instruments. *Occupational Therapy International* [Internet]. junio de 2016 [citado 27 de septiembre de 2019];23(2):59-90. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/oti.1398>
44. Sundberg T, Leach MJ, Thomson OP, Austin P, Fryer G, Adams J. Attitudes, skills and use of evidence-based practice among UK osteopaths: a national cross-sectional survey. *BMC Musculoskeletal Disorders* [Internet]. diciembre de 2018 [citado 19 de febrero de 2020];19(1). Disponible en: <https://bmcmusculoskeletdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12891-018-2354-6>
45. Di Marco-Morales RO. En busca del origen del conocimiento: el dilema de la realidad. *Praxis* [Internet]. 28 de agosto de 2015 [citado 4 de octubre de 2019];11(1):150.162. Disponible en: <http://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/praxis/article/view/1561>
46. Real Academia Española. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario [Internet]. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. 2014 [citado 4 de octubre de 2019]. Disponible en: <https://dle.rae.es/>
47. Jaimes F. Conocimiento, revistas científicas y las universidades en Colombia: lo bueno, lo malo y lo feo. *Iatreia* [Internet]. 2018;31(1):5-6. Disponible en: <https://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/iatreia/article/view/330431/20786748>
48. Steup M, Neta R. Epistemology [Internet]. *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. 2005 [citado 19 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://plato.stanford.edu/entries/epistemology/?fbclid=IwAR0kKdocZsij7TgD-vyoYBYNAfLK7TRMOU5YO4BID-UaXJBQNNBz8Qw0YSs#WhatKnow>
49. The Kap Survey model - Knowledge attitude and practices [Internet]. *Médecins du monde*. 2011 [citado 19 de febrero de 2020]. Disponible en: [https://www.medicinsdumonde.org/IMG/pdf/Kap_Survey_model_-_Knowledge_attitude_and_practices.pdf](#)

<https://www.medecinsdumonde.org/en/actualites/publications/2012/02/20/kap-survey-model-knowledge-attitude-and-practices>

50. Fernández García R. Actitudes y comportamiento social [Internet]. [Castellón]: Universitat Jaume I; 2014. Disponible en: http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/106155/TFG_2014_FERNANDEZ%20GARCIA.pdf?sequence=1
51. Trujillo Peña MJ, De la Poza Rodríguez MA, Portero Salvador N. Similitudes y diferencias entre actitudes, estereotipos y prejuicios sociales. En: Asociación Universitaria de Educación, ASUNIVEP, editores. Avances de Investigación en Salud a lo largo del Ciclo Vital. 1.^a ed. Madrid: ASUNIVEP; 2016. p. 423.
52. Correa Mejía DM, Abarca Guangaje AN, Baños Peña CA, Analuisa Aorca SG. Actitud y aptitud en el proceso del aprendizaje. Atlante Cuadernos de Educación y Desarrollo [Internet]. 14 de junio de 2019 [citado 5 de octubre de 2019];(junio). Disponible en: <https://www.eumed.net/rev/atlanter/2019/06/actitud-aptitud-aprendizaje.html>
53. Valladares L. La “práctica educativa” y su relevancia como unidad de análisis ontológico, epistemológico y sociohistórico en el campo de la educación y la Pedagogía. Perfiles Educativos [Internet]. 16 de abril de 2018 [citado 5 de octubre de 2019];39(158):186-203. Disponible en: http://perfileseducativos.unam.mx:80/iisue_pe/index.php/perfiles/article/view/57915
54. Paez B M, Rodriguez Riveros MI, Kasamatsu E, Castro A, Orue E, Lampert N, et al. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre virus de papiloma humano (VPH) y cáncer de cuello uterino en mujeres de 30 y más años de edad, de un barrio ribereño de Asunción, (Bañado Sur). 2012. Revista de la Universidad Industrial de Santander Salud [Internet]. 1 de enero de 2016 [citado 5 de octubre de 2019];48(1):37-44. Disponible en: <http://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/5400/5649>
55. Worku T, Yeshitila M, Feto T, Leta S, Mesfin F, Mezmur H. Evidence-based medicine among physicians working in selected public hospitals in eastern Ethiopia: a cross-sectional study. BMC Medical Informatics and Decision

- Making [Internet]. diciembre de 2019 [citado 19 de febrero de 2020];19(1). Disponible en: <https://bmcmmedinformdecismak.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12911-019-0826-8>
56. Abdel-Kareem A, Kabbash I, Saied S, Al-Deeb A. Knowledge, practices and attitudes of physicians towards evidencebased medicine in Egypt. Eastern Mediterranean Health Journal [Internet]. 1 de febrero de 2019 [citado 19 de febrero de 2020];25(02):82-9. Disponible en: http://applications.emro.who.int/emhj/v25/02/EMHJ_2019_25_02_82_89.pdf
57. Altemani AH, Altemani AH. Primary Health Care Physicians' Knowledge, Attitude and Practice towards Evidence-Based Medicine in Tabuk City, KSA. The Egyptian Journal of Hospital Medicine [Internet]. enero de 2018 [citado 19 de febrero de 2020];70(9):1475-9. Disponible en: <http://platform.almanhal.com/MNHL/Preview/?ID=2-113855>
58. Lawshe CH. A quantitative approach to content validity. Personnel Psychology [Internet]. diciembre de 1975 [citado 27 de septiembre de 2019];28(4):563-75. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1744-6570.1975.tb01393.x>
59. Tristán-López A. Modificación al modelo de Lawshe para el dictamen cuantitativo de la validez de contenido de un instrumento objetivo. Avances en Medición [Internet]. 2008;6:37-48. Disponible en: http://www.humanas.unal.edu.co/psicometria/files/8413/8574/6036/Articulo4_Indice_de_validez_de_contenido_37-48.pdf
60. Long DM, Matthews E. Evidence-based practice knowledge and perfusionists' clinical behavior. Perfusion. 1-6.
61. Eid AbuRuz M, Abu Hayeah H, Al Dweik G, Yousef Al Akash H. Knowledge, Attitudes, and Practice about Evidence-Based Practice: A Jordanian Study. Health Science Journal [Internet]. 2017 [citado 30 de septiembre de 2019];11(2). Disponible en: <http://www.hsj.gr/medicine/knowledge-attitudes-and-practice-about-evidencebased-practice-a-jordanian-study.php?aid=18754>

62. Zhou F, Hao Y, Guo H, Liu H. Attitude, Knowledge, and Practice on Evidence-Based Nursing among Registered Nurses in Traditional Chinese Medicine Hospitals: A Multiple Center Cross-Sectional Survey in China. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine [Internet]. 2016 [citado 27 de septiembre de 2019];2016:1-8. Disponible en: <http://www.hindawi.com/journals/ecam/2016/5478086/>
63. Bin Briek A, Webair H, Al-Tuhaify M. Assessment of Physicians' Attitude, Awareness and Knowledge of Evidence Based Medicine: An Observational Study from Yemen. J Fam Med. 2014;1(3):5.
64. Capraş R-D, Bulboacă AE, Bolboacă SD. Evidence-based medicine self-assessment, knowledge, and integration into daily practice: a survey among Romanian physicians and comparison between trainees and specialists. BMC Medical Education [Internet]. enero de 2020 [citado 19 de febrero de 2020];20(1). Disponible en: <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-020-1933-z>
65. Hong J, Chen J. Clinical Physicians' Attitudes towards Evidence-Based Medicine (EBM) and Their Evidence-Based Practice (EBP) in Wuhan, China. International Journal of Environmental Research and Public Health [Internet]. 7 de octubre de 2019 [citado 19 de febrero de 2020];16(19):3758. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/16/19/3758>

CAPÍTULO IX

ANEXOS

Anexo N°1. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Edad	Tiempo de vida desde el nacimiento hasta la actualidad	Tiempo en años	Años cumplidos desde el nacimiento referido por la persona.	Ordinal 1. <30 2. 30-40 3. 40-50 4. ≥50
Sexo	Determinación de un sujeto de acuerdo a sus características genéticas y anatómica	Fenotipo	Según caracteres sexuales referidos por la persona.	Nominal 1. Hombre 2. Mujer
Nivel de instrucción	Tiempo durante el cual asistió y concluyó en un centro de enseñanza	Educacional.	Mayor nivel académico aprobado referido por la persona.	Ordinal 1. Superior 2. Especialidad 3. Maestría 4. Doctorado
Tiempo de graduación del pregrado	Años transcurridos desde la obtención del título de pregrado.	Tiempo en años.	Años transcurridos desde la obtención del título de médico referido por la persona hasta la fecha actual.	Numérica • N° de años
Tiempo de obtención de último título	Años transcurridos desde la obtención de	Tiempo en años	Años transcurridos desde el último título	Numérica • N° de años

	título de médico, maestría, posgrado o doctorado.		académico referido por la persona hasta la fecha actual.									
Tiempo de ejercicio profesional	Tiempo durante el cual el profesional ejerce la medicina	Tiempo en años.	Años de ejercicio profesional referido por la persona.	Numérica <ul style="list-style-type: none">N° de años								
Tiempo de ejercicio profesional en el trabajo actual	Tiempo durante el cual el profesional ejerce en el hospital.	Tiempo en años	Años de ejercicio profesional en el trabajo actual referido por la persona o verificado en la nómina del personal.	Numérica <ul style="list-style-type: none">N° de años								
Conocimiento	Conjunto de representaciones abstractas que se almacenan mediante la experiencia o la adquisición de conocimientos o a través de la observación.	Cognitiva	Resultado del formulario EBPQ sección 2 subsección 1 preguntas 1.1-1.6. Cada ítem se puntúa en una escala del 1-7, una puntuación más alta indica un mayor conocimiento en MBE.	Ordinal								
				<table><tr><th>Calificación</th><th>Puntaje</th></tr><tr><td>1. Muy frecuente</td><td>5 – 7 escala Likert</td></tr><tr><td>2. Frecuente</td><td>4 escala Likert</td></tr><tr><td>3. Poco frecuente</td><td>1 – 3 escala Likert</td></tr></table>	Calificación	Puntaje	1. Muy frecuente	5 – 7 escala Likert	2. Frecuente	4 escala Likert	3. Poco frecuente	1 – 3 escala Likert
				Calificación	Puntaje							
				1. Muy frecuente	5 – 7 escala Likert							
2. Frecuente	4 escala Likert											
3. Poco frecuente	1 – 3 escala Likert											
Actitud	La actitud es un procedimiento que conduce a un	Actitudinal	Resultado del formulario EBPQ sección 2 subsección 2	Ordinal <table><tr><th>Calificación</th><th>Puntaje</th></tr><tr><td>1. Positivo</td><td>5 – 7 escala</td></tr></table>	Calificación	Puntaje	1. Positivo	5 – 7 escala				
Calificación	Puntaje											
1. Positivo	5 – 7 escala											

	comportamiento en particular. Es la realización de una intención o propósito.		preguntas 2.1-2.3. Cada ítem se puntúa en una escala del 1-7, una puntuación más alta indica una actitud más positiva en MBE.	<table><tr><td></td><td>Likert</td></tr><tr><td>2. Negativo</td><td>1 – 4 escala Likert</td></tr></table>		Likert	2. Negativo	1 – 4 escala Likert						
	Likert													
2. Negativo	1 – 4 escala Likert													
Práctica	Habilidad o experiencia que se consigue o se adquiere con la realización continuada de una actividad.	Comportamiento	Resultado del formulario EBPQ sección 2 subsección 3. preguntas 3.1-3.10. Cada ítem se puntúa en una escala del 1-7, una puntuación más alta indica un mayor uso de la MBE.	<table><tr><th colspan="2">Ordinal</th></tr><tr><th>Calificación</th><th>Puntaje</th></tr><tr><td>1. Excelente</td><td>5 – 7 escala Likert</td></tr><tr><td>2. Medio</td><td>4 escala Likert</td></tr><tr><td>3. Pobre</td><td>1 – 3 escala Likert</td></tr></table>	Ordinal		Calificación	Puntaje	1. Excelente	5 – 7 escala Likert	2. Medio	4 escala Likert	3. Pobre	1 – 3 escala Likert
Ordinal														
Calificación	Puntaje													
1. Excelente	5 – 7 escala Likert													
2. Medio	4 escala Likert													
3. Pobre	1 – 3 escala Likert													

Elaboración: Los autores.

Anexo N°2. Técnica de muestreo.

En base a la nómina de médicos del Hospital José Carrasco Arteaga, se ordenó de manera alfabética las personas, asignándoles un número y se seleccionará en base a la distribución aleatoria y proporcional generada en el Software EpiDat 4.2.

[1] Muestreo simple aleatorio:**Datos:**

Tamaño de la población: 363

Tamaño de la muestra: 164

Número de los sujetos seleccionados:

2	5	8	10	12	18	19
22	24	25	26	27	31	33
35	36	37	38	41	42	44
47	48	50	51	57	58	60
62	63	68	69	71	72	75
76	77	78	79	84	85	86
89	90	92	93	94	96	98
100	106	107	109	110	112	116
118	119	120	121	122	123	125
127	130	131	134	135	139	142
143	146	149	152	154	157	159
163	164	169	170	172	173	177
178	179	181	182	186	187	191
192	194	197	198	201	205	206
208	212	213	215	216	219	220
224	225	226	228	229	230	231
234	237	239	240	244	245	250
251	259	260	262	264	265	269
270	274	275	276	279	281	283
289	293	294	295	299	300	301
303	306	307	309	311	314	316
319	320	322	324	330	334	336
340	343	344	349	351	356	358
359	360	362				

Probabilidad de selección: 45,1791%

Elaboración: Los autores.

**Anexo N°3. Formulario de recolección de datos.**

Universidad de Cuenca
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela de Medicina
Carrera de Medicina y Cirugía



**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN MEDICINA BASADA EN EVIDENCIAS EN
MÉDICOS DEL HOSPITAL “JOSÉ CARRASCO ARTEAGA”, CUENCA - 2019.**

FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

N°: _____
Fecha de recolección: ____/____/____

Introducción: el presente documento es un formulario para recolectar información referente a datos sociodemográficos; además de información en cuanto a conocimientos, actitudes y prácticas en medicina basada en evidencias. El uso de datos tiene un fin únicamente investigativo y se mantendrá la confidencialidad de la información aquí presentada.

Instrucciones: no hay respuestas correctas o erróneas, ya que solo estamos interesados en sus opiniones y el uso que usted hace de la evidencia en su práctica clínica.

- Para contestar cada pregunta marque con un **X** la respuesta que se ajusta más a su opinión.
- Cada pregunta admite una sola respuesta
- En caso de equivocación señale con un círculo la respuesta definitiva.

Por favor, contestar todas las preguntas

Código de identificación: <input style="width: 50px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 50px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 50px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 50px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 50px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 50px; border: none; border-bottom: 1px solid black;" type="text"/>	
1.	<div style="display: flex; justify-content: space-between;">SOCIODEMOGRÁFICASCARACTERÍSTICAS</div>
A.1. Edad A.2. Sexo A.3. Instrucción A.4. Años transcurridos de graduación del pregrado A.5. Años transcurridos de obtención del último	<div style="margin-bottom: 10px;">_____ años cumplidos</div> <div style="margin-bottom: 10px;">1. Masculino <input type="checkbox"/> 2. Femenino <input type="checkbox"/></div> <div style="margin-bottom: 10px;">1. Superior <input type="checkbox"/> 2. Especialidad <input type="checkbox"/> 3. Maestría <input type="checkbox"/> 4. Doctorado <input type="checkbox"/></div> <div style="margin-bottom: 10px;">_____ años</div> <div>_____ años</div>



título. A.6. Años de ejercicio profesional A.7. Años de ejercicio profesional en el trabajo actual	_____ años _____ años	
2. CONOCIMIENTO, ACTITUD Y PRÁCTICA		
2.1. CON RESPECTO A LA ATENCIÓN PRESTADA A ALGÚN PACIENTE EN EL ÚLTIMO AÑO. ¿CON QUÉ FRECUENCIA SE HA HECHO LAS SIGUIENTES CUESTIONES PARA RESPONDER A ALGUNA POSIBLE LAGUNA SURGIDA EN SU CONOCIMIENTO?		
1. Formulé una pregunta de búsqueda claramente definida como el principio del proceso para cubrir esta laguna:		
Nunca <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Frecuentemente		
2. Indagué la evidencia relevante después de haber elaborado la pregunta		
Nunca <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Frecuentemente		
3. Evalué críticamente, mediante criterios explícitos, cualquier referencia bibliográfica hallada		
Nunca <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Frecuentemente		
4. Integré la evidencia encontrada con mi experiencia		
Nunca <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Frecuentemente		
5. Evalué los resultados de mi práctica:		
Nunca <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Frecuentemente		
6. Compartí esta información con mis colegas		
Nunca <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Frecuentemente		
2.2. POR FAVOR, INDIQUE (✓ o X) EN QUÉ LUGAR DE LA ESCALA SE SITUARIA USTED PARA CADA UNO DE LOS SIGUIENTES ENUNCIADOS:		
7. Me sienta mal que cuestionen mi práctica clínica.	1 2 3 4 5 6 7	Recibo de buen agrado preguntas sobre mi práctica.
8. La práctica basada en la evidencia es una pérdida de tiempo.	1 2 3 4 5 6 7	La práctica basada en la evidencia es fundamental para la práctica profesional
9. me aferro a métodos probados y	1 2 3 4 5 6 7	He cambiado mi práctica cuando



fiables más que cambiar a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ he encontrado evidencia al
cualquier cosa nueva respecto.

2.3.

EN UNA ESCALA DE 1 A 7 (SIENDO 7 LA MEJOR PUNTUACIÓN) ¿CÓMO SE PUNTUARÍA A SÍ MISMO/A? (Por favor, rodee con un círculo el número elegido para cada enunciado):

	Pobre←				→Excelente		
10. Habilidades para la investigación.	1	2	3	4	5	6	7
11. Habilidades con las tecnologías de la información.	1	2	3	4	5	6	7
12. Monitorización y revisión de las habilidades prácticas.	1	2	3	4	5	6	7
13. Conversión de mis necesidades de información en preguntas de investigación.	1	2	3	4	5	6	7
14. Estar al día en los principales tipos de información y sus fuentes.	1	2	3	4	5	6	7
15. Conocimiento de cómo recuperar evidencia de distintas fuentes.	1	2	3	4	5	6	7
16. Capacidad de analizar críticamente la evidencia mediante criterios explícitos.	1	2	3	4	5	6	7
17. capacidad de determinar la validez del material encontrado.	1	2	3	4	5	6	7
18. Capacidad de determinar la utilidad del material encontrado (aplicabilidad clínica)	1	2	3	4	5	6	7
19. capacidad para aplicar la información encontrada a casos concretos.	1	2	3	4	5	6	7

Firma del/a participante

Fecha

Nombres completos del investigador

Firma del investigador

Fecha

Nombres completos del investigador

Firma del investigador

Fecha



Anexo N°4. Formulario de consentimiento informado.



Universidad de Cuenca
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela de Medicina
Carrera de Medicina y Cirugía



Formulario de Consentimiento Informado

Título de la investigación: CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN MEDICINA BASADA EN EVIDENCIAS EN MÉDICOS DEL HOSPITAL “JOSÉ CARRASCO ARTEAGA”, CUENCA - 2019.

Información del Investigador
Jairo Francisco Nolivos Garzón, con cédula de identidad 1722703350, estudiante de la carrera de Medicina y Cirugía de la Universidad de Cuenca. Marcelo Alexander Pico Aldás, con cédula de identidad 1722316781, estudiante de la carrera de Medicina y Cirugía de la Universidad de Cuenca.
¿De qué se trata este documento?
Usted está invitado(a) a participar en este estudio que se realizará en el Hospital José Carrasco Arteaga. En este documento llamado "consentimiento informado" se explica las razones por las que se realiza el estudio, cuál será su participación y si acepta la invitación. También se explica los posibles riesgos, beneficios y sus derechos en caso de que usted decida participar. Después de revisar la información en este Consentimiento y aclarar todas sus dudas, tendrá el conocimiento para tomar una decisión sobre su participación o no en este estudio. No tenga prisa para decidir.
Introducción
La incertidumbre en la toma de decisiones clínicas y tratamientos válidos es lo que se enfrenta el médico en la práctica clínica diaria. Por lo que surge la necesidad de mantenerse al día, pero se enfrenta a que anualmente a nivel mundial se publican más de 30.000 estudios clínicos controlados, lo cual dificulta mantenerse actualizado y si no se realiza una lectura crítica adecuada se corre el riesgo de tomar decisiones equivocadas. Estudios indican que entre el 30-40% de los pacientes recibieron una atención no es acorde con la evidencia científica actual, además entre el 20-25% de la atención brindada no es necesaria o es potencialmente irrelevante. Frente a este problema surge la medicina basada en la evidencia, una estrategia eficaz para mejorar la calidad del cuidado de la salud. como un nuevo paradigma en la atención al enfermo. La cual fomenta la "utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia científica clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes individuales" (Sackett et al., 1996).
Objetivo del estudio
El propósito del estudio es determinar lo conocimientos, actitudes y prácticas de medicina basada en evidencia en médicos del hospital "José Carrasco Arteaga", Cuenca - 2019.
Descripción de los procedimientos



Se planificó la participación de alrededor de 164 médicos/as. A quienes se les aplicará una encuesta autoadministrada en donde se averiguará datos personales como: edad, sexo, instrucción, años transcurridos de graduación del pregrado, años transcurridos de obtención del último título, años de ejercicio profesional, años de ejercicio profesional en el trabajo actual; además de información en cuanto a conocimientos, actitudes y prácticas en medicina basada en evidencias.

Riesgos y beneficios

Como investigadores le aclaramos que es muy importante mantener su privacidad, por lo cual aplicaremos las medidas necesarias para que nadie conozca su identidad, ni tenga acceso a sus datos personales:

- 1) La información que nos proporcione se identificará con un código que reemplazará su nombre y se guardará en un lugar seguro donde solo los investigadores y el Comité de Bioética del Área de la Salud tendrán acceso.
- 2) Su nombre no será mencionado en los reportes o publicaciones.
- 3) El Comité de Bioética del Área de la Salud podrá tener acceso a sus datos en caso de que surgieran problemas en cuanto a la seguridad y confidencialidad de la información o de la ética en el estudio.

Los riesgos de la recolección de información durante la encuesta son mínimos, ya se le explica que se maneja los datos de manera confidencial y anónima.

Los beneficios resultantes de la investigación son: a) determinar la utilidad e importancia de la medicina basada en evidencias en los médicos para la resolución de problemas que surgen en la práctica clínica diaria, b) la institución y los médicos al generar una mayor confianza en los pacientes al momento de la atención médica.

Derechos de los participantes

Usted tiene derecho a:

- 1) Recibir la información del estudio de forma clara;
- 2) Tener la oportunidad de aclarar todas sus dudas;
- 3) Ser libre de negarse a participar en el estudio, y esto no traerá ningún problema para usted;
- 4) Ser libre para renunciar y retirarse del estudio en cualquier momento;
- 5) El respeto de su anonimato (confidencialidad);
- 6) Que se respete su intimidad (privacidad);
- 7) Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame a: Francisco Nolivos investigador al siguiente teléfono 0992717002, o envíe un correo electrónico a francisco.nolivos@ucuenca.edu.ec o, también a Marcelo Alexander Pico al siguiente teléfono 0982121617, investigador, o envíe un correo electrónico a marcelo.pico@ucuenca.edu.ec

Consentimiento informado

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Nombres completos del/a participante

Firma del/a participante

Fecha



Nombres completos del investigador

Firma del investigador

Fecha

Nombres completos del investigador

Firma del investigador

Fecha

**Anexo N°5. Formulario de validación por juicio de expertos.**

Universidad de Cuenca
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela de Medicina
Carrera de Medicina y Cirugía



**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN MEDICINA BASADA EN EVIDENCIAS EN
MÉDICOS DEL HOSPITAL “JOSÉ CARRASCO ARTEAGA”, CUENCA - 2019.**

FORMULARIO DE VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS

Nº: _____
Fecha de recolección: ____/____/____

Introducción: el presente documento es un formulario con el propósito de determinar si los ítems que se presentan son idóneos para ser aplicados a la población objetivo. Se trata del Evidence-Based Practice Questionnaire (EBPQ)-19 en su versión validada al castellano en España^a el cual se pretende aplicar a médicos del Hospital José Carrasco Arteaga de la ciudad de Cuenca.

Instrucciones: se ha clasificado a cada ítem del cuestionario en tres categorías de acuerdo a su importancia: “esencial”, “útil pero no esencial” y “no necesario”.

- Para valorar a cada ítem marque con un **X** la respuesta que se ajusta más a su opinión.
- Cada valoración admite una sola respuesta
- En caso de equivocación señale con un círculo la respuesta definitiva.

Por favor, valorar todas las preguntas

1.	SECCIÓN DE CONOCIMIENTO EN MEDICINA BASADA EN EVIDENCIA
1.1.	CON RESPECTO A LA ATENCIÓN PRESTADA A ALGÚN PACIENTE EN EL ÚLTIMO AÑO. ¿CON QUÉ FRECUENCIA SE HA HECHO LAS SIGUIENTES CUESTIONES PARA RESPONDER A ALGUNA POSIBLE LAGUNA SURGIDA EN SU CONOCIMIENTO?
1. Formulé una pregunta de búsqueda claramente definida como el principio del proceso para cubrir esta laguna:	
ESENCIAL	ÚTIL PERO NO ESENCIAL
Recomendación:	
2. Indagué la evidencia relevante después de haber elaborado la pregunta	
NO NECESARIO	ESENCIAL
Recomendación:	
3. Evalué críticamente, mediante criterios explícitos, cualquier referencia bibliográfica hallada	



NO NECESARIO	ESENCIAL	ÚTIL PERO NO ESENCIAL						
Recomendación:								
4. Integré la evidencia encontrada con mi experiencia								
ÚTIL PERO NO ESENCIAL	NO NECESARIO	ESENCIAL						
Recomendación:								
5. Evalué los resultados de mi práctica:								
NO NECESARIO	ÚTIL PERO NO ESENCIAL	ESENCIAL						
Recomendación:								
6. Compartí esta información con mis colegas								
ESENCIAL	ESENCIAL	ÚTIL PERO NO ESENCIAL						
Recomendación:								
1.2. SECCIÓN DE ACTITUD FRENTE A LA MEDICINA BASADA EN EVIDENCIA								
7. Me sienta mal que cuestionen mi práctica clínica.	1	2	3	4	5	6	7	Recibo de buen agrado preguntas sobre mi práctica.
ÚTIL PERO NO ESENCIAL	ESENCIAL						NO NECESARIO	
Recomendación:								
8. La práctica basada en la evidencia es una pérdida de tiempo.	1	2	3	4	5	6	7	La práctica basada en la evidencia es fundamental para la práctica profesional
ESENCIAL	ÚTIL PERO NO ESENCIAL						NO NECESARIO	
Recomendación:								
9. me aferro a métodos probados y fiables más que cambiar a cualquier cosa nueva	1	2	3	4	5	6	7	He cambiado mi práctica cuando he encontrado evidencia al respecto.
ÚTIL PERO NO ESENCIAL	NO NECESARIO						ESENCIAL	
Recomendación:								
1.3. SECCIÓN DE PRÁCTICA SOBRE MEDICINA BASADA EN EVIDENCIA								
10. Habilidades para la investigación.								
ÚTIL PERO NO ESENCIAL	ESENCIAL						NO NECESARIO	



Recomendación:		
11. Habilidades con las tecnologías de la información.		
ESENCIAL	ÚTIL PERO NO ESENCIAL	NO NECESARIO
Recomendación:		
12. Monitorización y revisión de las habilidades prácticas.		
ÚTIL PERO NO ESENCIAL	ESENCIAL	NO NECESARIO
Recomendación:		
13. Conversión de mis necesidades de información en preguntas de investigación.		
NO NECESARIO	ÚTIL PERO NO ESENCIAL	ESENCIAL
Recomendación:		
14. Estar al día en los principales tipos de información y sus fuentes.		
ESENCIAL	ÚTIL PERO NO ESENCIAL	NO NECESARIO
Recomendación:		
15. Conocimiento de cómo recuperar evidencia de distintas fuentes.		
ÚTIL PERO NO ESENCIAL	ESENCIAL	NO NECESARIO
Recomendación:		
16. Capacidad de analizar críticamente la evidencia mediante criterios explícitos.		
NO NECESARIO	ÚTIL PERO NO ESENCIAL	ESENCIAL
Recomendación:		
17. capacidad de determinar la validez del material encontrado.		
ESENCIAL	ÚTIL PERO NO ESENCIAL	NO NECESARIO
Recomendación:		
18. Capacidad de determinar la utilidad del material encontrado (aplicabilidad clínica)		
ÚTIL PERO NO ESENCIAL	ESENCIAL	NO NECESARIO



Recomendación:		
19. capacidad para aplicar la información encontrada a casos concretos.		
ÚTIL PERO NO ESENCIAL	NO NECESARIO	ESENCIAL
Recomendación:		

a. Pedro Gómez J de, Morales-Asencio JM, Sesé Abad A, Bennasar Veny M, Ruiz Roman MJ, Muñoz Ronda F. Validación de la versión española del cuestionario sobre la práctica basada en la evidencia en enfermería. Revista Española de Salud Pública [Internet]. agosto de 2009.

_____ Nombres completos del/a evaluador/a	_____ Firma del/a evaluador/a
_____ Nombres completos del investigador	_____ Firma del investigador
_____ Nombres completos del investigador	_____ Firma del investigador

**Anexo N°6. Versión definitiva de cuestionario EBPQ.**

Universidad de Cuenca
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela de Medicina
Carrera de Medicina y Cirugía



**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN MEDICINA BASADA EN EVIDENCIAS EN
MÉDICOS DEL HOSPITAL “JOSÉ CARRASCO ARTEAGA”, CUENCA - 2019.**

FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nº: _____
Fecha de recolección: ____/____/____

Introducción: el presente documento es un formulario para recolectar información referente a datos sociodemográficos; además de información en cuanto a conocimientos, actitudes y prácticas en medicina basada en evidencias. El uso de datos tiene un fin únicamente investigativo y se mantendrá la confidencialidad de la información aquí presentada.

Instrucciones: no hay respuestas correctas o erróneas, ya que solo estamos interesados en sus opiniones y el uso que usted hace de la evidencia en su práctica clínica.

- Para contestar cada pregunta marque con un **X** la respuesta que se ajusta más a su opinión.
- Cada pregunta admite una sola respuesta
- En caso de equivocación señale con un círculo la respuesta definitiva.

Por favor, contestar todas las preguntas

Código de identificación: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
1.	SOCIODEMOGRÁFICAS
A.1. Edad A.2. Sexo A.3. Instrucción A.4. Años transcurridos de graduación del pregrado A.5. Años transcurridos de obtención del último	<div style="margin-bottom: 10px;">_____ años cumplidos</div> <div style="margin-bottom: 10px;">1. Masculino <input type="checkbox"/> 2. Femenino <input type="checkbox"/></div> <div style="margin-bottom: 10px;">1. Superior <input type="checkbox"/> 2. Especialidad <input type="checkbox"/> 3. Maestría <input type="checkbox"/> 4. Doctorado <input type="checkbox"/></div> <div style="margin-bottom: 10px;">_____ años</div> <div>_____ años</div>



título.										
A.6. Años de ejercicio profesional	_____ años									
A.7. Años de ejercicio profesional en el trabajo actual	_____ años									
2. CONOCIMIENTO, ACTITUD Y PRÁCTICA										
SECCIÓN DE										
2.1. CON RESPECTO A LA ATENCIÓN PRESTADA A ALGÚN PACIENTE EN EL ÚLTIMO AÑO. ¿CON QUÉ FRECUENCIA SE HA HECHO LAS SIGUIENTES PREGUNTAS PARA RESPONDER A ALGUNA POSIBLE DUDA SURGIDA EN SU CONOCIMIENTO?										
1. Soy capaz de formular una pregunta de búsqueda claramente definida como el principio del proceso para cubrir esta duda:										
Nunca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frecuentemente	
2. Busqué la evidencia relevante después de haber elaborado la pregunta										
Nunca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frecuentemente	
3. Evalué críticamente, mediante criterios explícitos, cualquier referencia bibliográfica hallada										
Nunca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frecuentemente	
4. Evalué los resultados de mi práctica:										
Nunca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frecuentemente	
5. Compartí esta información con mis colegas										
Nunca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frecuentemente	
2.2. POR FAVOR, INDIQUE (✓ o X) EN QUÉ LUGAR DE LA ESCALA SE SITUARIA USTED PARA CADA UNO DE LOS SIGUIENTES ENUNCIADOS:										
6. La práctica basada en la evidencia es una pérdida de tiempo.	1	2	3	4	5	6	7	La práctica basada en la evidencia es fundamental para la práctica profesional		
7. Me aferro a métodos probados y fiables más que cambiar a cualquier cosa nueva	1	2	3	4	5	6	7	He cambiado mi práctica cuando he encontrado evidencia al respecto.		
2.3. EN UNA ESCALA DE 1 A 7 (SIENDO 7 LA MEJOR PUNTUACIÓN) ¿CÓMO SE PUNTUARÍA A SÍ MISMO/A? (Por favor, rodee con un círculo el número elegido para cada enunciado):										



	Pobre←				→Excelente		
8. Habilidades para la investigación.	1	2	3	4	5	6	7
9. Habilidades con las tecnologías de la información.	1	2	3	4	5	6	7
10. Monitorización y revisión de las habilidades prácticas.	1	2	3	4	5	6	7
11. Conversión de mis necesidades de información en preguntas de investigación.	1	2	3	4	5	6	7
12. Estar al día en los principales tipos de información y sus fuentes.	1	2	3	4	5	6	7
13. Conocimiento de cómo recuperar evidencia de distintas fuentes.	1	2	3	4	5	6	7
14. Capacidad de analizar críticamente la evidencia mediante criterios explícitos.	1	2	3	4	5	6	7
15. Capacidad de determinar la veracidad del material encontrado.	1	2	3	4	5	6	7
16. Capacidad de determinar la utilidad del material encontrado (aplicabilidad clínica)	1	2	3	4	5	6	7
17. Capacidad para aplicar la información encontrada a casos concretos.	1	2	3	4	5	6	7

Firma del/a participante

Fecha

Nombres completos del investigador

Firma del investigador

Fecha

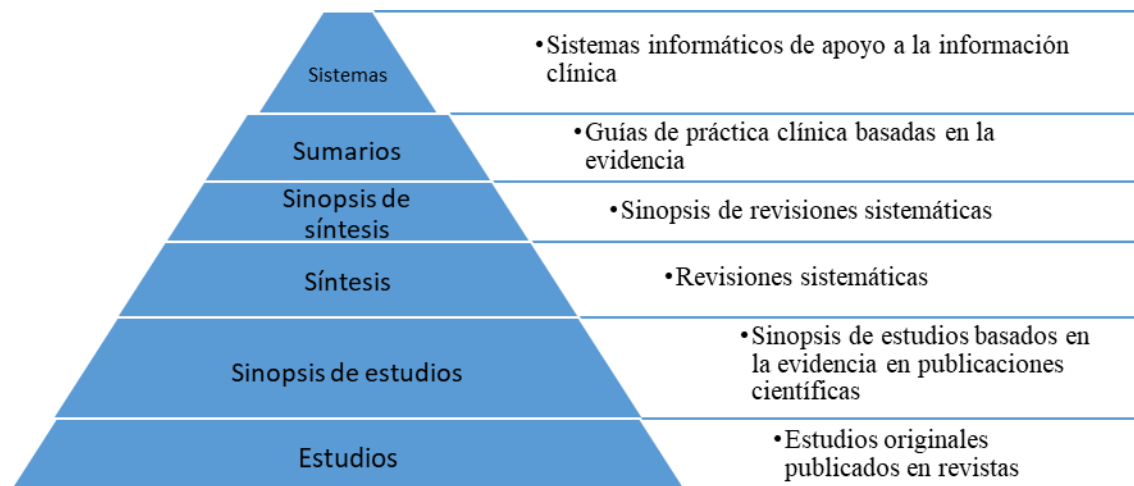
Nombres completos del investigador

Firma del investigador

Fecha

Anexo N°7. Gráficos.

Gráfico 1. Las “6S” niveles de organización de la evidencia en investigaciones en salud.



Fuente: Modificado de: Cabello López JB et al. Documentos de evidencia. El sistema 6S. Evidencia a pie de cama (sumario point of care) y guías de práctica clínica. En: Cabello López JB, editor. Lectura Crítica de la Evidencia Clínica. Barcelona: Elsevier; 2015. p. 157-79(34).

Elaboración: Los autores.

Gráfico 2. Cálculo muestral

[1] Tamaños de muestra. Proporción:	
Datos:	
Tamaño de la población:	363
Proporción esperada:	20,600%
Nivel de confianza:	95,0%
Efecto de diseño:	1,0
Resultados:	
Precisión (%)	Tamaño de la muestra
5,000	149
Corrección:	
Tamaño de la muestra: 149	
Proporción de pérdidas: 10,00%	
Resultados corregidos:	
Corrección (%)	Tamaño de la muestra
10,00%	164

Fuente: Datos basados en estudio de Molina Mula J, et al. Año 2015

Elaboración: Software estadístico EpiDat 4.2, Los autores.

Anexo N°8. Ejemplar de la validación del cuestionario por juicio de expertos.



Universidad de Cuenca

Anexo N° 4. Formulario de Validación de Cuestionario por Juicio de Expertos.



Universidad de Cuenca
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela de Medicina
Carrera de Medicina y Cirugía



CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN MÉDICOS DEL HOSPITAL "JOSÉ CARRASCO ARTEAGA", CUENCA EN EL PERIODO NOVIEMBRE - DICIEMBRE 2019.

FORMULARIO DE VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS

N°: 4

Fecha de recolección: 21/02/2019

Introducción: El presente documento es un formulario con el propósito de determinar si los ítems que se presentan son idóneos para ser aplicados a la población objetivo. Se trata del Evidence-Based Practice Questionnaire (EBPQ)-19 en su versión validada al castellano en España el cual se pretende aplicar a médicos del Hospital José Carrasco Arteaga de la ciudad de Cuenca.

Instrucciones: Se ha clasificado a cada ítem del cuestionario en tres categorías de acuerdo a su importancia: "esencial", "útil pero no esencial" y "no necesario".

- Para valorar a cada ítem marque con un X la respuesta que se ajusta más a su opinión.
- Cada valoración admite una sola respuesta.
- En caso de equivocación señale con un círculo la respuesta definitiva.

Por favor, valore todas las preguntas.

I. SECCIÓN DE CONOCIMIENTO, ACTITUD Y PRÁCTICA

I.1. CON RESPECTO A LA ATENCIÓN PRESTADA A ALGÚN PACIENTE EN EL ÚLTIMO AÑO, ¿CON QUÉ FRECUENCIA SE HA HECHO LAS SIGUIENTES CUESTIONES PARA RESPONDER A ALGUNA POSIBLE LAGUNA SURGIDA EN SU CONOCIMIENTO?

1. Formulé una pregunta de búsqueda claramente definida como el principio del proceso para cubrir esta laguna:

Nunca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frecuentemente
ESENCIAL			ÚTIL PERO NO ESENCIAL			NO NECESARIO		
Recomendación: A = Describir la laguna (se puede mejorar)								

2. Indagué la evidencia relevante después de haber elaborado la pregunta

Nunca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frecuentemente
NO NECESARIO			ESENCIAL			ÚTIL PERO NO ESENCIAL		
Recomendación: B = Recomendación								

3. Evalué críticamente, mediante criterios explícitos, cualquier referencia bibliográfica hallada

Nunca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frecuentemente
NO NECESARIO			ESENCIAL			ÚTIL PERO NO ESENCIAL		
Recomendación: A = Recomendación								

32

A = Como recomendación reemplazar el verbo inicial de las oraciones por ejemplo: "Formulé" por "Soy capaz de formular"

B = Incluir instrucciones para el encuestado

**Anexo N°8. Ejemplar de la validación del cuestionario por juicio de expertos
(Continuación).**

Universidad de Cuenca

4. Integre la evidencia encontrada con mi experiencia												
Nunca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frecuentemente			
ÚTIL PERO NO ESENCIAL			NO NECESARIO				ESENCIAL					
Recomendación:												
5. Evalúe los resultados de mi práctica:												
Nunca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frecuentemente			
NO NECESARIO			ÚTIL PERO NO ESENCIAL				ESENCIAL					
Recomendación:												
6. Comparta esta información con mis colegas												
Nunca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frecuentemente			
ESENCIAL			ESENCIAL				ÚTIL PERO NO ESENCIAL					
Recomendación:												
1.2. POR FAVOR, INDIQUE (✓ o X) EN QUÉ LUGAR DE LA ESCALA SE SITUARIA USTED PARA CADA UNO DE LOS SIGUIENTES ENUNCIADOS:												
7. Me siento mal que cuestionen mi práctica clínica.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Recibo de buen agrado preguntas sobre mi práctica.			
ÚTIL PERO NO ESENCIAL			ESENCIAL				NO NECESARIO					
Recomendación:			Ortográfica									
8. La práctica basada en la evidencia es una pérdida de tiempo.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La práctica basada en la evidencia es fundamental para la práctica profesional			
ESENCIAL			ÚTIL PERO NO ESENCIAL				NO NECESARIO					
Recomendación:												
9. me aferro a métodos probados y fiables más que cambiar a cualquier casa nueva			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	He cambiado mi práctica cuando he encontrado evidencia al respecto.			
ÚTIL PERO NO ESENCIAL			NO NECESARIO				ESENCIAL					
Recomendación:			Ortográfica									
1.3. EN UNA ESCALA DE 1 A 7 (SIENDO 7 LA MEJOR PUNTUACIÓN) ¿CÓMO SE PUNTUARÍA A SÍ MISMO/A? (Por favor, rodee con un círculo el número elegido para cada enunciado):												
						Pobre←		→Excelente				
10. Habilidades para la investigación.						1	2	3	4	5	6	7



Anexo N°8. Ejemplar de la validación del cuestionario por juicio de expertos (Continuación).



Universidad de Cuenca

ÚTIL PERO NO ESENCIAL	ESENCIAL	NO NECESARIO
Recomendación:		
11. Habilidades con las tecnologías de la información.		
	1	2 3 4 5 6 7
ESENCIAL	ÚTIL PERO NO ESENCIAL	NO NECESARIO
Recomendación: <i>Mantener las palabras pobre - Excelente en la escuela.</i>		
12. Monitorización y revisión de las habilidades prácticas.		
	1	2 3 4 5 6 7
ÚTIL PERO NO ESENCIAL	ESENCIAL	NO NECESARIO
Recomendación: <i>La misma recomendación anterior</i>		
13. Conversión de mis necesidades de información en preguntas de investigación.		
	1	2 3 4 5 6 7
NO NECESARIO	ÚTIL PERO NO ESENCIAL	ESENCIAL
Recomendación:		
14. Estar al día en los principales tipos de información y sus fuentes.		
	1	2 3 4 5 6 7
ESENCIAL	ÚTIL PERO NO ESENCIAL	NO NECESARIO
Recomendación:		
15. Conocimiento de cómo recuperar evidencia de distintas fuentes.		
	1	2 3 4 5 6 7
ÚTIL PERO NO ESENCIAL	ESENCIAL	NO NECESARIO
Recomendación: <i>Reservar con mayor claridad</i>		
16. Capacidad de analizar críticamente la evidencia mediante criterios explícitos.		
	1	2 3 4 5 6 7
NO NECESARIO	ÚTIL PERO NO ESENCIAL	ESENCIAL
Recomendación: <i>Aclarar lo que significa "criterios explícitos"</i>		
17. Capacidad de determinar la validez del material encontrado.		
	1	2 3 4 5 6 7
ESENCIAL	ÚTIL PERO NO ESENCIAL	NO NECESARIO
Recomendación: <i>Ortografía.</i>		



Anexo N°8. Ejemplar de la validación del cuestionario por juicio de expertos (Continuación).



Universidad de Cuenca

18. Capacidad de determinar la utilidad del material encontrado (aplicabilidad clínica)		1	2	3	4	5	6	7
ÚTIL PERO NO ESENCIAL	ESENCIAL	NO NECE						
Recomendación:								
19. capacidad para aplicar la información encontrada a casos concretos.		1	2	3	4	5	6	7
ÚTIL PERO NO ESENCIAL	ÚTIL PERO NO ESENCIAL	ÚTIL PERO NO ESENCIAL						
Recomendación:		Ortopedia						

a. Pedro Gómez J de, Morales-Asencio JM, Sesé Abad A, Bennasar Veny M, Ruiz Roman MJ, Muñoz Ronda F. Validación de la versión española del cuestionario sobre la práctica basada en la evidencia en enfermería. Revista Española de Salud Pública [Internet]. agosto de 2009 [citado 27 de septiembre de 2019];83(4):577-86. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272009000400009&lng=es&prn=iso&tlng=es

Adrián Marcelo Puerto Molina
Nombres completos del/a evaluador/a

Salma Juciles
Firma del/a evaluador/a

Jairo Francisco Nolivos Garzón
Nombres completos del investigador

[Firma]
Firma del investigador

Marcelo Alexander Pico Aldás
Nombres completos del investigador

[Firma]
Firma del investigador




Anexo N°9. Informe de aprobación del comité de docencia e investigación del Hospital "José Carrasco Arteaga".



INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA
COORDINACIÓN GENERAL DE INVESTIGACIÓN

ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN PROTOCOLO DE INVESTIGACION

En la ciudad de Cuenca, con fecha 3 de Diciembre del presente año, recibo documento.

FECHA DE RECEPCION	03/12/2019
FECHA DE ACEPTACION	03/12/2019.
FIRMA DE APROBACIÓN:	<i>h: h piment</i>
REVISADO POR:	 HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA Dr. MARCO RIVERA U. COORDINACIÓN GENERAL DE INVESTIGACIÓN
TITULO	CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS DE MEDICINA BASADA EN MEDICOS DEL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA CUENCA 2019
CONTENIDO	PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN
FIN DE PROYECTO	FEBRERO 2020
AUTOR	JAIRO FRANCISCO NOLIVOS GARZÓN CI:1722703350 MARCELO ALEXANDER PICO ALDAS CI: 1722316781
CORREO ELECTRONICO	Francis_noga@hotmail.com Pikin2518@hotmail.com
DIRECCIÓN	CAMILO PONCE Y PUMAPUNGO JUAN JARAMILLO 2-27 Y MIGUEL ANGEL ESTRELLA
TELEFONO	
CELULAR	0992717002 0982121617

Para constancia de lo actuado se firma en original y una copia


CLAUDIA CABRERA TORAL
SECRETARIA


MARCELO ALEXANDER PICO
UNIVERSIDAD DE CUENCA



Jairo Francisco Nolivos Garzón
Marcelo Alexander Pico Aldás



Anexo N°10. Informe de aprobación del comité de docencia e investigación del Hospital "Vicente Corral Moscoso".



Ministerio
de Salud Pública



HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO
UNIDAD DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Oficio N° 181-UDI-HVCM-2019
Cuenca, 09 de Diciembre del 2019

Doctora
Lorena Mosquera
PRESIDENTA DE LA COMISION DE INVESTIGACION
UNIVERSIDAD DE CUENCA
Presente

De mis consideraciones:

Luego de un cordial saludo, se informa que el estudio de investigación titulado: "CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE MEDICINA BASADA EN EVIDENCIA EN MÉDICOS DEL HOSPITAL "JOSE CARRASCO ARTEAGA", CUENCA-2019", fue analizado por la Comisión de Docencia e Investigación de este centro, concluyendo como factible.

Por la favorable atención a la presente, anticipamos nuestro sincero agradecimiento.

Atentamente,

HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO
GESTION DE DOCENCIA
E INVESTIGACION

Dra. Viviana Barros.

RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN
DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO

c.c. Archivo

Av. Los Arupos y 12 de Abril
Teléfonos: 4096000
www.hvcm.gob.ec